

ÉTUDE
SUR LES
KYSTES DE L'OVAIRE
INTERLIGAMENTAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE SAMEDI 8 AOUT 1885, A 4 HEURES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alexis VAUTRIN

Né à Gercourt (Meuse), le 29 mars 1859

ANCIEN AIDE D'ANATOMIE

ANCIEN AIDE DE CLINIQUE

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

NANCY
IMPRIMERIE FRINGNEL ET GUYOT
3, rue du Cheval-Blanc, 3

1885

(Ed. D.)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547413_0071

ÉTUDE
SUR LES
KYSTES DE L'OVAIRE
INTERLIGAMENTAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE SAMEDI 8 AOUT 1885, A 4 HEURES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alexis VAUTRIN

Né à Gercourt (Meuse), le 29 mars 1859

ANCIEN AIDE D'ANATOMIE

ANCIEN AIDE DE CLINIQUE

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

NANCY
IMPRIMERIE FRINGNEL ET GUYOT
3, rue du Cheval-Blanc, 3

1885

(Ed. D.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES ✱.

Doyen honoraire : M. STOLZ, C ✱.

Professeurs honoraires : MM. STOLZ C ✱, BACH ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES O ✱, professeur.	
Thérapeutique.....	M. COZE ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouchements.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. } ROUSSEL ✱, prof. adj. E. PARISOT, id.
Pathologie générale et pathologie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie pathologiques.....	M. FELTZ ✱, professeur.	
Clinique interne	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique	M. CHARPENTIER, professeur.	
Anatomie descriptive.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Clinique externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.	
Pathologie externe.....	M. WEISS, professeur.	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicale	M. MACÉ, agrégé, chargé du cours.	
Histologie.....	M. BARABAN, —	—
Chimie médicale en toxicologie.	M. GARNIER, —	—

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SPILLMANN.
E. DEMANGE.
A. HERRGOTT.

MM. GARNIER.
SCHMITT.
ROHMER.

MM. BARABAN.
BAGNÉRIS.
MACÉ.

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. GROSS, *président*; MM. HERRGOTT, E. PARISOT, ROHMER.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON EXCELLENT PÈRE

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE ET D'AFFECTION FILIALES

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HERRGOTT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROHMER

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

INTRODUCTION

Parmi les belles opérations de la chirurgie moderne, il n'en est pas qui ait eu une fortune aussi rapide que l'ovariotomie. La sinistre prédiction de Velpeau, dans la *Gazette des hôpitaux*, en 1847, annonçant une fin prochaine à cette utopie créée par quelques médecins imprudents, ne devait pas se réaliser, et ce que l'illustre chirurgien appelait un « acte de folie » devait devenir bientôt un acte vraiment humanitaire. Créée en 1858 par les Baker Brown et les Spencer Wells, l'ovariotomie ne cessa de grandir jusqu'à nos jours, grâce aux persévérants efforts des grands ovariologistes de notre siècle et aux progrès de l'antisepsie.

Notre intention n'est pas de suivre les progrès de l'ovariotomie depuis ses débuts, nous voulons seulement dire que, si des premiers résultats obtenus en 1860 (50 0/0 de morts), nous sommes arrivés aux brillantes statistiques de nos jours (Keith 3,57 0/0 de morts, — Schroeder 7 0/0 de morts, — Wells, 9 0/0 de morts), nous le devons aux perfectionnements introduits dans le manuel opératoire, dans le traitement des pédicules et à la rapidité de l'extirpation.

Des statistiques surprenantes de Keith, par exemple, qui sur une de ses dernières séries de 140 ovariectomies, annonçait 135 guérisons, de celles de Kœberlé, qui récemment accusait une mortalité de 4 0/0, il ne faudrait pas conclure que la gravité de l'ovariotomie

n'existe plus ; il faut souvent compter, en effet, avec des difficultés insurmontables pendant l'opération, quelquefois même le chirurgien est contraint de renoncer à l'enlèvement complet de la tumeur.

Ces cas malheureux sont, il est vrai, assez rares, mais il ne faut pas moins être préparé à les affronter ; l'habitude, la manière de procéder, ont souvent raison d'obstacles considérables qui autrefois passaient pour des contre-indications formelles à l'intervention. C'est à tel point que l'on peut presque dire aujourd'hui que la seule contre-indication absolue réside dans l'état général défectueux de la malade. Quels progrès immenses ! mais aussi quels intelligents efforts le chirurgien doit faire pour triompher des difficultés qu'il rencontre !

Parmi les nombreux obstacles que l'opérateur peut rencontrer, il en est un, heureusement assez rare, qui souvent surpasse en gravité toutes les autres complications, nous voulons parler du développement de la tumeur entre les feuillets du ligament large. C'est à l'étude de cette anomalie que nous voulons consacrer notre travail inaugural, sur les conseils de M. le professeur Gross ; la première idée nous a été fournie par notre excellent maître, à l'extrême obligeance duquel nous devons d'avoir assisté à l'extirpation d'un Kyste ovarique interligamentaire.

Ce nouveau témoignage de l'intérêt que nous porte Monsieur le professeur Gross nous engage à lui adresser nos sincères remerciements ; c'est d'après ses conseils que ce travail a été conçu.

Comme c'est dans ses excellentes leçons que nous avons puisé nos connaissances chirurgicales, nous gardons pour notre vénéré professeur la plus profonde reconnaissance.

A M. le professeur Herrgott, nous devons aussi plus qu'un témoignage de sincère gratitude ; il nous a prodigué ses lumières, les secours de sa bibliothèque et la plus affectueuse sympathie pendant notre internat à la Maternité. Nous conservons des leçons de ce maître dévoué, de ses chaleureux encouragements, le meilleur souvenir.

M. le professeur Victor Parisot qui a dirigé nos premières études médicales, M. le professeur agrégé Rohmer qui n'a cessé de nous témoigner le plus vif intérêt, voudront bien, nous l'espérons, recevoir l'hommage de notre vive reconnaissance.

A tous nos maîtres de la Faculté de Nancy, nous adressons nos remerciements : nous avons été heureux et fier de travailler sous leurs auspices.

Nos excellents amis Wenzinger et Clément, qui ont contribué, avec la plus entière bienveillance, aux différentes traductions allemandes que nous avons dû faire, ont droit à nos chaleureux remerciements.

II

L'étude des kystes de l'ovaire inclus dans les ligaments larges, n'a été faite complètement par aucun auteur. C'est la raison principale qui nous a engagé à en entreprendre la description.

Quelques chirurgiens en font mention dans de courtes monographies, mais ne s'en occupent qu'au point de vue du traitement ; tous, néanmoins, sont unanimes pour accorder une grande importance à cette complication. Nous verrons, en effet, dans le cours de ce travail, quels sont les dangers qu'entraîne l'ovariotomie dans de telles circonstances ; nous prouverons par des statistiques que la mortalité est plus considérable dans le cas de kystes ovariens interligamentaires que dans le cas de kystes développés dans la cavité abdominale. Les opérations incomplètes ont, pour la plupart, été faites pour ces tumeurs ; elles ont été le seul moyen de salut pour les malades, la seule terminaison possible de l'intervention pour le chirurgien, heureux encore quand ce dernier pouvait suturer à la plaie abdominale le reste de la poche kystique qu'il avait essayé d'énucléer !

« Il n'y a que ceux qui ont eu à affronter de pareilles difficultés,

dit Spencer Wells, (1), qui peuvent se figurer dans quelle position pénible se trouve le chirurgien qui a mis à nu une tumeur ovarienne, l'a en partie vidée, a séparé les adhérences autant que cela lui a été possible et qui alors commence à craindre de ne pouvoir enlever complètement toute la tumeur. »

Cette perplexité du chirurgien, est en effet bien réelle quand, en face d'adhérences pelviennes considérables, il n'a pour tout espoir que l'alternative d'une mort prompte, si le traumatisme est trop considérable ou d'une guérison plus que douteuse, s'il parvient à suturer à la paroi abdominale la tumeur excisée. Immenses dangers que l'art a pu cependant conjurer en partie, comme nous le démontrerons au chapitre du traitement.

Ce travail tel que nous l'avons conçu, portant comme titre « Etude sur les kystes ovariens du ligament large » nous dispense d'un historique spécial. Nous n'étudions, en effet, qu'une complication survenant pendant l'ovariotomie ; par conséquent faire l'historique complet des « kystes inclus » serait rappeler l'histoire entière de l'ovariotomie elle-même. Nous nous bornerons seulement à citer les noms des principaux auteurs qui ont mentionné avec quelque détail dans leurs ouvrages les tumeurs interligamentaires.

Par kystes interligamentaires, nous décrivons les kystes qui par toute leur surface ou par une partie seulement de leur surface sont en rapport avec le tissu cellulaire interligamentaire ou avec le tissu cellulaire pelvien.

Nous tenons à prévenir aussi le lecteur qu'il ne trouvera pas décrits dans ce travail les kystes parovariques qui se développent dans les ligaments larges : ces derniers ont fait déjà l'objet de nombreuses études (Boinet, Duplay, Lesavre, Castameda y Triana, etc), et leur mode de traitement est souvent très simple et bien connu. Nous excluons encore de notre cadre les tumeurs solides de l'ovaire, les tumeurs solides ou liquides développées dans le ligament large, et nous n'envisagerons que les kystes de l'ovaire qui en se

(1) Spencer Wells. Des tumeurs de l'ovaire. Trad. Rodet. 1883.

développant dédoublent les ligaments larges, arrivent au contact du plancher pelvien, et méritent ainsi le nom de « tumeurs extrapéritonéales » sous lesquelles nous les désignerons bien des fois dans le cours de notre étude, par opposition aux kystes ovariens ordinaires, appelés aussi « kystes intrapéritonéaux ». Les autres synonymes dont nous nous servirons ont un sens trop clair pour que nous les signalions ici.

Le plan de notre travail ainsi limité est très simple ; il prêtera peu à la critique. Nous faisons l'étude d'une variété de tumeur qui par sa constitution histologique, par son origine, ne diffère pas des tumeurs kystiques ordinaires de l'ovaire ; nous pourrions donc laisser un peu dans l'ombre le chapitre de l'anatomie pathologique, celui de la pathogénie intime des kystes, portant au contraire toute notre attention vers le développement de ces tumeurs et ses anomalies, vers le diagnostic, et surtout vers le traitement.

Après un court historique, nous retracerons rapidement quelques points importants de l'anatomie des ligaments larges, en mettant en relief les rapports vasculaires, nerveux, splanchniques qui peuvent exister avec les tumeurs incluses.

Un chapitre comprendra l'étude du *développement des kystes entre les feuillets des ligaments*.

Le second chapitre sera l'exposé de quelques points relatifs à leur *anatomie pathologique*.

La *Symptomatologie* occupera un paragraphe spécial ; nous n'y attacherons d'importance qu'autant qu'elle pourra servir au 4^e chapitre qui traitera du *diagnostic* et du *pronostic*. Nous chercherons à donner quelques caractères qui permettront de pressentir souvent l'existence de complications interligamentaires dans les kystes ovariens.

Enfin le *traitement* occupera la place la plus importante et terminera ce travail. Nous espérons pouvoir, avec les conseils de nos maîtres et l'autorité des auteurs que nous avons consultés, arriver à quelques considérations utiles au traitement.

Vulgariser les méthodes qui nous semblent les meilleures, établir quelques points importants sur l'étiologie et le diagnostic des kystes interligamentaires, tel est notre but ; heureux si nous pouvons l'atteindre et mériter l'approbation de notre jury.

APERÇU HISTORIQUE

Les auteurs qui traitent spécialement des kystes développés dans le ligament large, sont rares; presque tous sont contemporains et n'ont parlé de ce sujet qu'en raison des difficultés qu'ils ont rencontrées pendant l'ovariotomie. La confusion regrettable qui existe encore dans la connaissance des complications des tumeurs ovariennes a seulement tendance à disparaître depuis les récentes études de Olshausen, Schröder, Hegar et Kaltenbach, Terrillon.

Les premiers chirurgiens, qui ont rencontré des obstacles pendant l'extirpation des kystes ovariens, ont voulu établir une méthode générale convenant à tous les cas; c'est ainsi que Stilling, en 1841, publiait une observation dans laquelle il avait attaché le pédicule et une partie du kyste aux lèvres de la plaie, que Langenbeck, en 1851, et Stores, en 1867, recommandaient ce mode de traitement qu'ils décrivaient sous le nom de « Kinnæhen » ou empochement du pédicule. Martin perfectionna ensuite la méthode de Stilling en suturant simplement à la paroi abdominale le revêtement péritonéal du pédicule, au lieu d'y suturer le reste du kyste lui-même. Ce furent les premiers essais dans la pratique des opérations incomplètes; tout nous fait supposer qu'avant les perfectionnements introduits dans la chirurgie abdominale, ces méthodes étaient plus fréquemment appliquées qu'aujourd'hui, mais les auteurs ne nous ont pas conservé leurs résultats.

Toutes les fois qu'après l'incision abdominale et la ponction du

kyste, le chirurgien se trouvait embarrassé, quand il rencontrait des adhérences multiples, il se contentait, s'il en était encore temps, de fermer la plaie, ou bien il excisait une portion de la tumeur et suturait sa paroi aux lèvres de l'incision.

Presque toutes les complications qui pouvaient survenir étaient attribuées aux adhérences, à leur fâcheuse influence; c'est ainsi que toutes les anomalies de développement des tumeurs passaient pour des adhérences secondaires, pathologiques. A ces adhérences, on appliquait invariablement la méthode de l'extirpation incomplète, et on a peine à trouver dans la première période de la littérature de l'ovariotomie quelques observations où l'opérateur osât affronter de telles difficultés. Kœberlé (1) fut le plus hardi des chirurgiens français; une fois seulement, il laissa dans la cavité abdominale une portion de tumeur. Imbu des idées qui régnaient en 1862, il considéra comme des adhérences tous les liens qui rattachaient les kystes au bassin ou aux organes pelviens et s'appliqua à les traiter toutes de la même façon; ce n'est que plus tard qu'il distingua des autres complications celle qui résultait de l'inclusion des kystes dans les ligaments larges. Mais d'autres observateurs avaient déjà appelé l'attention sur cette variété de tumeur ovarique.

Miner (2) est le premier qui consacre à la description des kystes inclus deux études en 1869 et en 1872; il conseille déjà un procédé d'énucléation « par étalement du pédicule » qui est encore suivi par quelques chirurgiens dans des cas spéciaux. Urdy (3), en 1874, expose quelques observations d'ovariotomie difficile recueillies dans la clinique de Péan, mais il ne reconnaît pas l'importance du siège de la tumeur en dehors du péritoine; il rapporte cependant une opération où l'extirpation d'une partie de l'utérus fut nécessaire. Leroy (4), en 1881, utilise aussi bien peu les données qu'il a pu recueillir, surtout dans deux observations de Terrier, à tel point qu'on peut dire qu'en France, à cette époque, le traitement des kystes infiltrés dans les ligaments larges est livré à l'inspiration

(1) Kœberlé, dict. de med. et de chir., pratiques, Art. ovaires.

(2) Miner. — Buffalo, med. and. surg. J. June, 1869, p. 420. Americ. J. of. méd. Scienc. oct. 1872, p. 391.

(3) Urdy. — Examen de quelques cas difficiles d'ovariotomie et d'hystérotomie, thèse, Paris, 1874.

(4) Leroy. — Thèse de Paris, 1881.

de chaque chirurgien, sans qu'une statistique ait pu rendre compte de son importance. Kœberlé (1) seul, en 1878, dans son article du dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, aborde en quelques lignes la question du traitement, mais il ne donne que son opinion sans l'appuyer sur des considérations qu'il eût été très utile de connaître ; il traite, il est vrai, des adhérences, les distingue suivant qu'elles sont inflammatoires ou non, et se prononce en faveur de l'énucléation qu'il pratique depuis longtemps.

En Angleterre, où l'ovariotomie avait pris un si bel essor, nous trouvons fort peu de renseignements importants, et il faut venir jusqu'au livre de Spencer Wells (2), pour trouver une simple mention des difficultés opératoires que l'on rencontre dans l'enlèvement des tumeurs que nous étudions. Ce n'est pas que l'habile chirurgien anglais méconnût l'existence des tumeurs interligamentaires et les dangers auxquels elles exposent, car il avoue que sur 28 opérations incomplètes qu'il a dû faire, la mort est survenue dans 11 ou 12 cas. Nous avons lieu de nous étonner que dans un livre où sont si éminemment analysés les mille détails de l'ovariotomie, il n'y ait que quelques phrases consacrées à une complication si digne d'attention. C'est à peine si, dans le cours de ce travail, nous aurons à rappeler quelques observations d'auteurs anglais. Nous n'aurons à citer les noms célèbres de Baker-Brown, Lawson Tait, Keith, qu'à propos des procédés opératoires de l'ovariotomie en général. Avant de quitter l'école anglaise, il nous faut cependant remarquer que, si nos voisins d'outre-mer ont été les premiers à adopter avec enthousiasme les moyens listériens, ils se sont montrés aussi les plus empressés à les abandonner pendant l'ovariotomie. La propreté minutieuse qui est toujours de rigueur, la simplification du manuel opératoire, la réduction du pédicule furent les causes de cet abandon des règles de Lister ; elles ont contribué à faire de l'ovariotomie une opération aussi remarquable par sa surprenante rapidité que par ses merveilleux succès.

En Allemagne, on avait depuis longtemps déjà cherché à extirper les tumeurs ovariennes. En 1849, Kiwisch comptait 122 opérations ; sur ce nombre, 86 avaient été terminées, 22 n'avaient pu l'être ;

(1) Kœberlé. — Dict. de méd. et de chir. pratiques. Art. ovariectomie. T. XXV, p. 604. Bulletin gén. de thér., 1878, mai.

(2) Spencer Wells. — Traité des mal. des ovaires. Trad. Rodet, 1883.

58 femmes guérissent, 47 succombèrent. En 1856, Fock chercha à réunir toutes les observations d'ovariotomie ; sur les 292 cas qu'il recueillit, il trouva 92 opérations inachevées. Ce fut vers 1860 que la méthode de Spencer Wells fut connue des chirurgiens allemands ; alors commença une ère nouvelle ; les statistiques tombèrent à 30 0/0 de mortalité. Cette proportion allait encore s'améliorer par la pratique de l'antisepsie introduite en 1875 par Hégar (1) qui publiait en 1877 une série de 15 ovariotomies faites avec succès.

L'heureuse application des règles de Lister, en supprimant les influences septiques, devait porter les esprits vers l'étude des autres complications opératoires ; c'est ainsi que, dès l'année 1874, nous trouvons que Westphalen (2), après des examens très attentifs, parvient à diagnostiquer, avec une précision surprenante, deux Kystes ovariens du ligament large.

Dés lors, les ovariotomistes allemands étudient cette variété de tumeurs, de nombreux mémoires se succèdent et relatent quelques observations intéressantes, malgré leur obscurité et la diversité des moyens curatifs employés. Schatz (3), en 1876, signale dans la littérature 24 cas de Kystes ovariens interligamentaires. Il est loin de les signaler tous comme nous le verrons dans la suite, toutefois son travail garde une grande valeur. Gusserow (4), à la même époque, rapporte encore un cas de Bantock, mais il ne semble pas comprendre l'importance qu'il y a à séparer les kystes intraligamentaires en deux classes, suivant qu'ils appartiennent au corps de Rosenmüller ou à l'ovaire ; Arning (5) conçoit mieux la différence et relate une observation très intéressante. Winckel (6) rassemble tous ces faits, au nombre de 38, mais n'en tire aucune conclusion. Enfin, à ces premiers travaux, succèdent jusqu'à nos jours d'intéressants mémoires de Hégar (7), d'Olshausen (8), de Schrœ-

(1) Zur ovariotomie (Volkmann's Vorträge n° 109).

(2) Westphalen (Arch. f. Gynæk. VIII, p. 89).

(3) Schatz (Arch. f. Gynæk. IX, p. 120), 1876.

(4) Gusserow (Arch. f. Gynæk, IX, p. 478).

(5) Arning (Arch. f. Gynæk. X, p. 392).

(6) Winckel, die Path. der weiblichen Sexual-Organen, 3 Lieferung, p. 83.

(7) Hégar. Wien med. Presse, 1877, n°s 14, 17.

(8) Olshausen. Krankheiten der ovarien, p. 289.

» Volkmann's Vorträge n° 111-

» Handbuch der Chir. Pitha et Billroth. T. IV. Livre 6.

der (1), de Kaltenbach (2), de Müller (3), de Dohrn (4), etc. A Olshausen et à Kaltenbach revient surtout l'honneur d'avoir posé nettement les principales règles du diagnostic et du traitement des Kystes inclus. L'état de la question en Allemagne se trouve exposé succinctement dans la Gynécologie opératoire de Hégar et Kaltenbach (5).

Les ovariétomistes français ont, du reste, pris grande part aux dernières recherches, et depuis que Kœberlé (6), en 1877, a annoncé que 11 fois il avait extirpé avec succès des Kystes inclus, les faits se sont succédés, fertiles en déductions et en conclusions utiles.

Les statistiques de Péan (7), celles de Terrillon (8), de Terrier (9) ont été très utiles pour élucider la question du traitement; récemment encore, une discussion, malheureusement trop courte, s'élevait sur ce sujet au premier congrès français de chirurgie. Nous sommes heureux de trouver reproduites dans la Gazette médicale de Strasbourg (1^{er} juin et 1^{er} juillet 1885) les principales idées de M. Kœberlé.

Un récent travail d'Olshausen (10) n'a pas peu contribué à nous initier à la pratique allemande actuelle au sujet des Kystes ovariens interligamentaires.

(1) Schröder. — Zeitschr. f. Gebh. u. Gynæk. H. 2, p. 365, 1878.

(2) Kaltenbach. — Zeitschr. f. Gebh. u. Frauenkrankh. I, 1876, p. 537.

(3) Müller. — Corresp. Blatt. f. Schweiz. Aerzte, 1879, p. 569.

(4) Dohrn. — Deutsche med. Wochenschr. 1879, n° 40.

(5) Hégar et Kaltenbach. — Gynéc. opératoire, trad. Bar. 1885.

(6) Kœberlé. — Gaz. de Strasbourg, 1877, février.

(7) Péan. — Clin. chirur. T. I, II, III.

(8) Terrillon. — Revue de chir. 1884, p. 111.

(9) Terrier. — Revues de chir., août 1881, mai 1882, janvier 1884, janvier 1885.

(10) Olshausen. — Beiträge. f. Gebh. u. Gynæk. 1884.

ANATOMIE

Les auteurs classiques ont quelque peu négligé la description anatomique des ligaments larges. Nous ne trouvons dans l'ouvrage de Sappey (1) que des notions insuffisantes pour l'exposé de notre étude. Tillaux (2), Malgaigne (3) ne sont guère plus complets; nous avons dû surtout recourir à l'autorité de Richet (4) pour établir quelques points importants de la topographie intraligamentaire; les recherches de Devalz (5) nous ont été aussi de la plus grande utilité. Enfin les travaux histologiques de Rouget (6), nos propres dissections nous permettront des considérations assez importantes dans l'histoire des Kystes inclus.

Vue en projection horizontale, la cavité pelvienne semble divisée en deux parties par l'utérus et ses annexes qui occupent à peu près la position du grand diamètre transversal du bassin. Les anciens comparaient cette cloison à une chauve-souris dont le corps représentait l'utérus et les ailes les ligaments larges. Dans la partie antérieure du bassin, on trouve la vessie, dans la partie postérieure le rectum; les rapports de ces organes avec l'appareil utéro-ovarien expliquent suffisamment les changements de position de

(1) Sappey. — Traité d'anatomie descriptive. Paris 1879.

(2) Tillaux. — Anatomie topographique. Paris 1882.

(3) Malgaigne. — Anatomie chirurgicale.

(4) Richet. — Traité d'anatomie medico-chirurgicale.

(5) Devalz. — Thèse de doctorat. Paris 1858.

(6) Rouget. — Archives de physiologie, 1858.

la matrice et des ovaires, ces deux parties étant, comme nous le verrons, dans une certaine dépendance.

L'utérus se trouve situé à peu près à égale distance des parties latérales du bassin, maintenu dans sa position par de nombreuses attaches inférieures, libre seulement dans ses deux tiers supérieurs et soumis aux nombreux déplacements que lui impriment les variations de volume du rectum ou de la vessie. Les procédés de mensuration très exacts de Panas (1), Kohlrausch, Schultze (2) et Herrgott (3) nous ont montré que, pendant la vacuité des organes voisins, l'utérus occupait une position telle, que son axe placé dans une légère dextrotorsion, formait avec le col et le vagin un angle à sinus antero-inférieur assez variable, plus petit que l'angle droit, de manière que le corps occupe à peu près une situation horizontale dans le bassin.

La matrice est solidement maintenue par les connexions de son col en avant avec le bas-fond de la vessie, *par les ligaments antérieurs ou vésico-utérins*; en arrière avec le rectum et le sacrum par les *ligaments utero-sacrés ou recto-utérins*. Son col plonge par son extrémité dans la cavité vaginale, dont les parois s'insèrent sur son pourtour et un peu plus bas en avant qu'en arrière. La position du vagin participe beaucoup de l'extensibilité et de la souplesse des parties qui l'avoisinent, grâce à l'union intime qui existe entre lui et la vessie d'un côté, entre sa position postero-inférieure et la région périnéale d'un autre côté.

Dans l'espace formé en arrière par le vagin et le périnée, par le vagin et le rectum nous trouvons un triangle d'une hauteur de 35 millimètres environ rempli par un tissu cellulaire assez lâche doublant les muscles de la région périnéale, constricteur du vagin, sphincter anal, transverse; c'est grâce à la laxité relative de ce tissu cellulaire et à l'extensibilité du vagin que nous verrons s'effectuer sous l'influence du développement des tumeurs les déplacements du col utérin.

La portion *sus-périnéale* du vagin après avoir formé le sommet du triangle que nous venons de décrire, s'adosse au rectum par un tissu cellulaire dense, à travées fibreuses épaisses qui constitue la

(1) Panas. — Arch. gén. med. 1859.

(2) Schultze. — Traité des déviations utérines, trad. Herrgott. Paris 1884.

(3) Herrgott. — Thèse, Strasbourg, 1839.

cloison recto-vaginale ; cette cloison s'élargit bientôt pour recevoir le cul-de-sac péritonéal qui vient se réfléchir de la partie antérieure du rectum sur la paroi du cul-de-sac vaginal postérieur qu'il tapisse sur une hauteur variant, d'après Cruveilhier et Richet, de 15 à 30 millimètres. C'est dans ce cul-de-sac que deviennent souvent accessibles au toucher les tumeurs du bassin. Nous aurons occasion d'insister plus tard sur l'importance de ce signe diagnostique ; pour le moment, disons que le cul-de-sac postérieur peut être tellement repoussé par un Kyste sous-péritonéal qu'il vient faire saillie jusqu'à la vulve, modifiant tous les rapports anatomiques de la région.

Les parois latérales du vagin sont en rapport dans la partie inférieure avec les muscles de la sangle périnéale, avec le constricteur, les ischio-caverneux, l'aponévrose moyenne, une couche mince de tissu cellulaire et les fibres du releveur qui viennent limiter par leur insertion demi-circulaire souvent très sensible au doigt, l'espace péricervical appelé « cul-de-sac vaginal ». Au-dessus de ce plan et de l'aponévrose périnéale supérieure, nous trouvons une couche plus ou moins épaisse de tissu cellulaire sous-péritonéal se continuant latéralement avec les tractus celluloux des ligaments larges. L'épaisseur des parois vaginales à ce niveau est assez faible ; on y trouve une muqueuse qui mesure de 1 millimètre à 1 millimètre et demi, une tunique très vasculaire de fibres musculaires lisses et un revêtement extérieur fibro-celluleux. Il résulte de ces considérations succinctes que la fluctuation d'un Kyste sera facile à percevoir par l'exploration vaginale, surtout quand la tumeur aura fait saillie dans les culs-de-sac, au-dessus du releveur et déplié « les colonnes » de la muqueuse vaginale. Nous aurons à étudier les indications des ponctions et des incisions vaginales, leurs dangers suivant les points où elles sont faites. Il faut remarquer, en effet, que la vascularisation du vagin est très riche ; les artères pour être en général petites, n'en sont pas moins très nombreuses, surtout sur les parties latérales ; elles naissent de l'*utérine*, des *vésicales inférieures* et des *hémorrhoidales inférieures*. La branche utérine se dirige d'arrière en avant du tronc de l'artère utérine à la base du ligament large, longe la paroi du cul-de-sac latéral et suit en se ramifiant les côtés du canal génital, s'anastomosant avec les vésicales inférieures qui viennent de haut en bas et avec les hémorrhoidales qui ont une direction ascendante.

Les veines forment de nombreux plexus importants surtout au

niveau de leurs anastomoses avec le plexus utéro-ovarien ; elles communiquent avec les hypogastriques qui sont leurs canaux de retour et aussi avec les hémorroïdales dont elles sont des canaux de décharge et de sûreté. Ce réseau vasculaire participe des troubles circulatoires causés par la présence d'une tumeur dans les ligaments larges, devient variqueux, turgescient et rend après l'opération les causes d'inflammation et de résorption septique plus fréquentes. Les paquets veineux sont surtout disposés de chaque côté du vagin se prolongeant en haut et en arrière vers le bas-fond de la vessie et la partie inférieure de l'utérus. Les expériences de Duret (1) ont démontré les communications avec les veines qui se rendent à la veine porte et au système cave inférieur.

Ces quelques considérations sur le vagin étaient importantes à connaître à cause des rapports qu'affectent avec cet organe les kystes intraligamentaires ; revenons maintenant à l'utérus et à ses annexes.

Les moyens d'attache qui maintiennent l'utérus dans sa position sont en partie formés par des replis péritonéaux, du tissu fibroïde et des fibres musculaires lisses provenant de sa texture même ; les ligaments larges sont les principaux éléments qui tout en permettant de légers déplacements, empêchent la production de positions anormales, ensuite viennent les ligaments vesico-utérins et utéro-sacrés qui assurent la fixité de la partie inférieure de la matrice et ses rapports avec la vessie et le rectum.

Les *ligaments antérieurs* ou vésico-utérins sont constitués par des replis de la séreuse qui après avoir tapissé les trois quarts supérieurs de la surface antérieure de l'utérus se réfléchit pour revêtir la face postérieure de la vessie, formant ainsi un cul-de-sac compris entre la matrice et le réservoir urinaire, cul-de-sac virtuel à l'état normal, mais qui peut devenir le siège d'une collection purulente ou sanguine. Les replis sont formés par le passage de la séreuse de la face antérieure de l'utérus et du bas-fond vésical sur les parties latérales du col ; on trouve dans l'intérieur un tissu cellulaire assez lâche qui permet un certain degré d'élévation de la matrice sans déplacement de la vessie. Ce tissu cellulaire occupant l'espace sous-séreux vésico-utérin contient d'assez nombreux vaisseaux et s'épaissit en affectant entre le bas-fond de la vessie, la

(1) Duret. — Arch. de Physiologie. 1818.

partie inférieure de l'utérus et la partie supérieure du vagin la forme de travées celluleuses assez solides. C'est grâce à la présence de ce tissu signalée et étudiée au point de vue du traitement des fistules vésico-vaginales et vésico-utérines par Jobert de Lamballe que se produit presque sans inconvénient la véritable luxation de l'utérus au-dessus du pubis dans le cas de kyste inclus.

Les *ligaments postérieurs* ou utéro-sacrés sont disposés de la partie inférieure du corps de l'utérus à la partie moyenne du sacrum au niveau des troisième et quatrième vertèbres sacrées. — A leur point de départ de l'utérus, c'est-à-dire au sommet du cul-de-sac vaginal postérieur ils sont unis entre eux, puis ils s'écartent, formant un espace ovalaire dans lequel est compris le rectum. Ils sont constitués aussi, par des replis de la séreuse, qui après avoir recouvert toute la face postérieure de la matrice, se relève au-dessus de l'espace sus-périnéal postérieur, rempli de tissu cellulaire et vient tapisser la face antérieure du rectum. Après avoir formé ces ligaments, le péritoine s'abaisse un peu latéralement pour se continuer avec les feuillets des ligaments larges. Sappey considère les ligaments utéro-sacrés, comme divisant le compartiment postérieur de l'excavation du bassin en deux parties ; l'une supérieure, l'autre inférieure qui nous intéresse spécialement, car c'est souvent à ce niveau que les tumeurs extrapéritonales sont le plus accessibles. Au point de vue du diagnostic, le siège des kystes dans le cul-de-sac de Douglas, au-dessous du péritoine qui en forme le fond, a une grande importance ; disons de suite que, dans bien des cas, il sera difficile de s'en rendre compte. — Quand nous aurons parlé du décollement facile du feuillet péritonéal de la cavité de Douglas, par une tumeur qui se développe sous la séreuse, de la compression du rectum, de la déviation de l'utérus, nous aurons suffisamment mis le lecteur au courant de l'importance de la disposition anatomique de la région. — La constitution intime des ligaments utéro-sacrés, très utile à connaître pour les fonctions qu'ils ont à remplir, nous intéresse assez peu ; il nous suffira de dire qu'en raison de leur épaisseur, on y trouve un grand nombre de fibres élastiques, des fibres conjonctives, des fibres musculaires lisses (Rouget) qui, partant de l'utérus, vont se rendre au rectum.

Tous ces ligaments qui ont un rôle physiologique bien défini et ont pour mission principale d'obvier aux déviations utérines, n'ont pas à compter avec les déplacements que nous étudierons plus tard,

à cause des dispositions nouvelles que le développement des kystes détermine dans les organes du bassin ; ils ne jouent plus qu'un rôle passif, disparaissent même souvent à la surface des tumeurs sous-péritonéales.

Les *ligaments latéraux* ou *ligaments larges* doivent nous occuper un peu plus longuement dans leur structure intime, dans leur disposition topographique et dans leur rôle physiologique.

Les feuillets séreux que nous avons vus tout-à-l'heure, tapissent les faces antérieure et postérieure de la matrice, s'adossent l'un à l'autre au niveau des bords latéraux de l'organe et, restant verticaux, se prolongent jusqu'aux parois de l'excavation pelvienne. — Leur forme est quadrilatère ; ils comprennent, par conséquent, quatre bords ; deux latéraux, un supérieur très large et composé de trois replis ou ailerons, un inférieur large également, mais s'étalant au-dessus du plancher pelvien.

Le *bord supérieur* ou libre présente trois ailerons qui contiennent : l'antérieur le ligament rond, le moyen la trompe, et le postérieur l'ovaire. Le plus élevé est l'*aileron moyen* qui partant d'une des cornes utérines sous forme d'un cordon épais, se termine sur la ligne innommée en s'étalant, après avoir laissé libre le pavillon de la trompe qu'il contient. — L'*aileron antérieur* qui renferme le *ligament rond*, se dirige de la partie antéro-latérale du fond de l'utérus, vers la fosse iliaque, en décrivant une courbe antérieure et interne. — Le relief qu'il fait sur le ligament large est quelquefois peu appréciable ; nous verrons plus loin son rôle dans la constitution anatomique des ligaments qui le supportent. Enfin l'*aileron postérieur*, irrégulier dans sa forme, sert de soutien à un organe important, l'*ovaire*, et renferme des ligaments qui assurent à cette glande une position à peu près constante. — On distingue à la partie interne, les *ligaments utéro-ovariens*, maintenant les rapports avec la matrice, à la partie externe les *ligaments tubo-ovariens*, assez lâches et formés de fibres musculaires lisses, et enfin, les ligaments sur lesquels les auteurs allemands insistent beaucoup, les *ligaments infundibulo-pelviens*, reliant les extrémités externes des ovaires à la ligne innommée. — Nous ferons remarquer que ces ligaments que dans nos dissections nous avons trouvés assez épais, sont peut-être ceux qui opposent la plus grande résistance aux déplacements de l'appareil utéro-ovarien ; sachons aussi, comme le dit Schultze, qu'en raison de la légère dextrotorsion de l'utérus, le liga-

ment infundibulo-pelvien droit s'insère sur le bord du psoas, 5 à 6 millimètres plus en arrière qu'à gauche.

En arrière de l'aileron postérieur et au-dessous de l'ovaire, le péritoine pelvien forme dans l'angle compris entre les ligaments utéro-sacrés et les ligaments larges, une fossette appelée par Sappey « fossette rétro-ovarienne » qui reçoit cette glande dans les déviations en rétro-flexion de l'utérus, ou quand un kyste entraîne l'organe par son poids, jusque dans la partie inférieure de l'excavation. Que l'on suppose alors des adhérences inflammatoires, emprisonnant un ovaire kystique dans cette position, et on aura une variété de tumeur qui, en se développant, prendra, à s'y méprendre, la forme des kystes intraligamentaires.

Entre l'ovaire en arrière, l'aileron de la trompe en avant et le ligament tubo-ovarien en dehors, on rencontre aussi sur le bord supérieur du ligament large une fossette qu'Olshausen (1) décrit sous le nom de « bursa ovarica ». — Sous l'influence d'un processus inflammatoire (pelvipéritonite, ovarite, périovarite, salpingite, etc.), l'ovaire peut contracter des adhérences à ce niveau, et s'il est en dégénérescence kystique, le développement néoplasique peut aussi se faire entre les feuillets ligamentaires, en repoussant la portion de la séreuse sous-jacente comme une anse intestinale se coiffe de son sac péritonéal dans une hernie. C'est du reste souvent par ce mécanisme que se produisent les kystes parovariques intraligamentaires. On trouve, en effet, dans l'épaisseur du feuillet péritonéal et immédiatement à la partie externe de la « bursa ovarica » une région appelée « parovarium » (His), où l'on trouve une quinzaine de tubes parallèles, sinueux, se confondant en un seul cordon qui se rend par le ligament tubo-ovarien à la partie externe de l'ovaire. C'est le *corps de Rosenmüller*, vestige du *corps de Wolf*; dans les tubes qui le composent peuvent se développer des kystes dont l'origine a été parfaitement élucidée par Follin (2), Verneuil (3), et Gusserow (4), kystes qui ne peuvent jamais avoir avec l'ovaire que des rapports de contiguité.

Le *bord inférieur* du ligament large n'existe pas, à vrai dire, puisqu'à ce niveau les deux feuillets séreux se sont séparés, laissant

(1) Olshausen — Handbuch der Chirurgie. Pitha et Billroth.

(2) Follin — Thèse de Paris, 1850.

(3) Verneuil — Mémoires de la Société de chirurgie, t. IV, p. 58.

(4) Gusserow — Arch. f. Gynæk. XI, p. 478.

entre eux un espace cellulaire, servant de soutien aux plexus vasculaires des organes maternels. — Le péritoine se réfléchit en avant et en arrière en des directions opposées, pour revêtir les parois de l'excavation, la vessie et le rectum, mais en laissant au-dessus de l'aponévrose pelvienne supérieure, une surface de tissu cellulaire assez épaisse. Ce sont ces parties de la séreuse qui peuvent être soulevées le plus facilement par les kystes sous-jacents, à tel point que quelquefois le péritoine est décollé dans une grande partie de l'excavation.

Les bords latéraux du ligament large ont pour limites : l'interne le bord utérin, l'externe le fascia iliaca et la paroi de la cavité pelvienne. Inutile d'insister plus longuement sur leur disposition.

Constitution anatomique du ligament large. Chaque feuillet se compose de deux parties : une partie séreuse et une partie fibromusculaire. Ce point d'anatomie a été mis en lumière par Rouget (1) qui, pour l'étudier, s'est surtout servi des organes de la chèvre et de la lapine. Le feuillet séreux est intimement adhérent à la partie musculaire, à tel point qu'on ne peut détacher un lambeau des ligaments sans emporter le lambeau correspondant du feuillet musculaire. On décrivait autrefois le ligament large comme formé uniquement d'une toile conjonctive ; la description donnée par Rouget a eu l'avantage d'élucider le rôle des ligaments, le mécanisme de l'ovulation et les phénomènes de l'état de grossesse. Pour nous, il ressortira de l'existence des fibres musculaires dans la coque d'un kyste, un signe diagnostique certain de l'origine intraligamentaire. Il nous faut donc exposer succinctement la disposition de ces faisceaux musculaires. « Le tissu musculaire, dit Rouget, ne forme pas là une membrane continue, mais une espèce de canevas à mailles larges entremêlées de réseaux musculaires et nerveux, le tout recouvert et masqué par des faisceaux de tissu conjonctif fibreux. Les faisceaux contractiles sont tellement emprisonnés par ce dernier tissu qu'il est impossible de les isoler à l'état frais sans altérer leur texture par les violences mécaniques, au point que, les éléments en deviennent complètement méconnaissables, et sont nécessairement confondus avec les filaments du tissu conjonctif fibroïde ».

Les principaux faisceaux qui fournissent ces éléments contrac-

(1) Rouget, arch. de Physiologie, 1858.

tiles proviennent de la partie postérieure de l'utérus et du ligament rond. Les premiers forment, en se détachant des parties latérales de l'utérus, le ligament de l'ovaire qu'ils embrassent pour se réunir à sa partie externe et former les ligaments tubo-ovariens. Les faisceaux inférieurs se rendent dans les ligaments utéro-sacrés ou s'entrecroisent autour du plexus utéro-ovarien. Les tractus musculaires qui naissent du ligament rond s'infléchissent vers la trompe et servent aussi à soutenir les faisceaux qui vont au hile de l'ovaire. Il est à remarquer que, sous l'influence d'une nutrition et d'une congestion plus accentuées, ces fibres musculaires augmentent de volume, se multiplient; c'est ce qui fait que, pendant la grossesse ou à la suite du développement d'une tumeur, les faisceaux contractiles sont plus visibles et plus nombreux. Nous pourrions expliquer ainsi, avec quelques auteurs, les faits de disparition pour ainsi dire subite de Kystes abdominaux après la ponction. Ce phénomène a été surtout signalé par Boinet (1) et se produit principalement dans les cas de Kystes uniloculaires parovariques inclus dans le ligament large. Le revêtement musculaire qui se trouve à la surface de ces Kystes, sous l'influence de l'excitation produite par l'évacuation du liquide, retrouve ses propriétés contractiles et rapetisse la tumeur jusqu'à la faire disparaître dans la cavité pelvienne. Il est évident que l'on se trouve alors dans les meilleures conditions de guérison du Kyste après une simple ponction.

Nous avons vu, il y a un instant, dans la description de Rouget, la constitution du tissu interligamentaire; nous devons cependant ajouter encore quelques considérations. Ce tissu, en effet, n'a pas toujours la disposition que lui assigne Rouget, en dehors même de la menstruation, de l'état de grossesse ou d'inflammation pelvienne. Les tractus fibroïdes ne sont pas généralement aussi résistants, sauf cependant chez la jeune fille; mais, quand la femme a eu des enfants, quand elle arrive à la ménopause surtout, alors les feuillets ligamentaires peuvent être séparés pour ainsi dire l'un de l'autre par de simples tractions aidées de quelques coups de ciseaux, si l'on a soin de le faire en se dirigeant de leur base vers leur partie supérieure. Chez une femme morte d'une affection cardiaque et arrivée à l'époque de la ménopause, nous avons pu sans aucun arti-

(1) Boinet. Dict. encyclopédique des sciences méd. Article ovaires. — Id. Iodothérapie.

fice et, à l'aide de quelques tractions, dédoubler les ligaments larges. Normalement le tissu cellulo-vasculaire intraligamentaire forme une couche dont l'épaisseur augmente de haut en bas et de dehors en dedans; on sait, en effet, que l'interstice des feuillets augmente vers le bord latéral de l'utérus et vers le plancher pelvien. A la partie externe, on trouve deux feuillets cellulieux distincts séparés par les faisceaux vasculaires qui se rendent dans l'appareil utéro-ovarien ou en reviennent; mais, quand les vaisseaux se sont distribués en réseaux différents, alors le tissu celluleux ne forme plus qu'une masse qui prend peu à peu les caractères de la couche cellulaire qui recouvre le plancher du bassin.

La couche cellulo-graisseuse sous-péritonéale se continue donc avec celle du ligament large; elle se prolonge jusque sur les côtés du rectum en arrière, jusqu'aux parois du vagin en avant, et sur toute l'aponévrose pelvienne supérieure. Un kyste inclus pourra donc à la faveur de cette disposition prendre son développement dans toute l'excavation, se mettant directement en rapport avec les organes qui s'y trouvent. Quelles seront alors les limites du décollement? La laxité du tissu sous-péritonéal étant assez prononcée, le décollement n'aura pour limite que celle de l'accroissement de la tumeur; on a vu, en effet, des kystes soulever le péritoine jusqu'au cœcum, ou le décoller de la paroi abdominale antérieure jusqu'au dessous de l'ombilic.

Vaisseaux et nerfs. Artères. — Les artères qui distribuent le sang à l'appareil utéro-ovarien sont importantes, mais elles n'ont pas pour nous le même intérêt que les veines qui, par leur inextricable plexus, sont un obstacle considérable dans beaucoup d'ovariotomies.

Les *artères utéro-ovariennes* naissent de l'aorte abdominale et viennent s'engager dans la partie supérieure des ligaments larges, passant au-dessous de l'ovaire et allant se ramifier sur la portion supérieure du corps de l'utérus. Elles donnent de nombreuses branches à la trompe et à l'ovaire; les rameaux qui vont dans cette glande ont une disposition spiroïde très-remarquable et sont au nombre de 10 à 12; ils naissent du bord supérieur de l'artère et se divisent, s'enchevêtrent exactement comme les pelotons artériels de la racine des corps caverneux.

L'*artère utérine* naît de l'hypogastrique, tantôt isolément, tantôt par un tronc qui lui est commun avec l'ombilicale ou la honteuse

interne (Sappey). Elle suit le tiers inférieur du ligament large, entre ses deux lames, et arrivée au col utérin, elle se divise en de nombreuses branches ascendantes qui vont s'anastomoser avec l'artère utéro-ovarienne et se rendre dans le tissu utérin. Elle donne souvent l'artère vaginale qui lui sert d'anastomose avec l'artère vésicale inférieure.

Qu'il nous suffise de faire remarquer que, sous l'influence de l'appel nutritif suscité par le développement d'un kyste, ces artères sont susceptibles de s'hypertrophier, de prendre un volume plus considérable, par un processus analogue à celui qui se produit pendant la grossesse.

Signalons aussi l'artère du ligament rond qui de l'épigastrique vient se rendre à l'utérus et donner quelques artérioles dans l'intérieur des ligaments larges.

Veines. — Pour se faire une idée bien nette de la disposition des plexus veineux des ligaments larges, il faut comme Rouget (1), injecter les vaisseaux des organes génitaux d'une femme morte deux mois environ après l'accouchement ou attendre, comme nous l'avons fait, que le hasard fournisse l'occasion de les étudier sur une femme récemment accouchée et morte de maladie intercurrente. Les veines utéro-ovariennes, comme celle du rectum et du vagin, n'ont pas de valvules, ou du moins, en ont de rudimentaires; il s'en suit qu'une injection à la gélatine colorée, pratiquée par les veines ovariennes, peut pénétrer dans toutes les veines et les artères du système.

Quand on examine après les précautions que nous venons de rappeler, on trouve que depuis le fond de l'utérus, jusqu'à la partie antérieure du vagin, s'étend un faisceau veineux inextricable, duquel partent en ramifications innombrables les veines utérines, en haut et en bas les plexus plus déliés des veines vaginales. On peut distinguer deux centres principaux de réunion des veines; l'un inférieur situé sur la limite supérieure du vagin, recevant des groupes de vaisseaux venant du vagin, de la vessie, et, par conséquent, des veines honteuses et de l'hypogastrique, d'autres venant des parties latérales du rectum et, par conséquent, des hémorroïdales supérieures (Duret); l'autre supérieur, en rapport avec le lieu de réunion du col et du corps de l'utérus et recevant les veines du

(1) Rouget. Arch. de Physiologie. 1858.

réseau circulaire signalé par Huguier et celles de l'utérus lui-même.

De ce vaste plexus émanent plusieurs troncs veineux très importants; Devalz (loc. cit.) en signale deux comme étant constants; il nous a semblé que ceux que l'on rencontre le plus habituellement sont ceux qui accompagnent les artères utéro-ovariennes et les artères utérines. Entre eux, se trouvent des réseaux anastomotiques très riches qui ont fait donner à cet appareil vasculaire le nom de « plexus pampiniforme ». Les veines de l'ovaire, celles de la trompe, s'enchevêtrent avec les autres, et tous ces vaisseaux réunis se réduisent en deux faisceaux veineux dont l'un se rend dans la veine hypogastrique et l'autre dans la veine cave. Disons encore que les veines utéro-ovariennes gauches vont se jeter dans la veine rénale du même côté presque perpendiculairement à sa direction; on s'est servi de cette particularité pour expliquer la dilatation variqueuse plus fréquente des veines utéro-ovariennes du côté gauche et l'existence de la disposition pathologique que Richet et Devalz appellent le « varicocèle sous-ovarien. »

Les veines du ligament rond, assez importantes, ne sont pas, comme certains auteurs semblent le croire, des affluents du plexus ovarien, elles en sont des canaux de décharge.

En effet, quand un kyste développé dans l'excavation arrive à comprimer la veine iliaque interne et les veines utéro-ovariennes, on peut remarquer que les veines abdominales prennent un volume plus considérable et qu'il s'établit un courant de dérivation vers l'iliaque externe. Du reste, Sappey a constaté que les veines du ligament rond ont des valvules dont le bord concave regarde le pli de l'aîne. Pour les veines qui s'anastomosent avec les hémorroïdales et qui manquent de valvules, le courant peut être renversé par une pression sanguine plus forte, ce qui explique la solidarité étroite qui existe entre la circulation de l'intestin inférieur et la circulation péri-utérine.

Ces considérations sur les veines du système ovarien suffisent amplement pour expliquer l'œdème qui survient dans le cas de tumeur du ligament large; les anastomoses avec la mésentérique inférieure par les hémorroïdales supérieures peuvent engendrer des complications du côté du foie et du cœur, complications que l'on a souvent remarquées. Nous laissons pour plus tard l'analyse des nombreux accidents qui peuvent être la conséquence de manœuvres

vres opératoires dans ces régions et les suites qui peuvent en résulter.

Lymphatiques. Les lymphatiques de l'utérus et de l'ovaire, ceux même d'une partie du vagin se rendent aux ganglions hypogastriques, puis de là aux ganglions lombaires. Quelques-uns se rendent dans un petit plexus ganglionnaire rétro-pubien, bien connu depuis que A. Guérin et Lucas Championnière lui ont attribué une influence dans la production du plegmon péri-utérin.

Sous l'influence de l'excès de matériaux nutritifs nécessaires au développement des kystes, les lymphatiques des ligaments larges prennent un volume plus considérable, deviennent par places variqueux, et peuvent donner lieu par leur section à un écoulement abondant, dont il faut être prévenu.

Nerfs. Les nerfs qu'on rencontre dans le ligament large peuvent être ramenés à deux groupes qui suivent les artères. Le premier groupe descend des plexus rénaux et lombo-aortiques, suit l'artère utéro-ovarienne et vient se distribuer à l'ovaire et à l'utérus. Le deuxième groupe naît du plexus hypogastrique et se distribue au vagin et à l'utérus. La compression de ces nerfs par les kystes inclus peut déterminer de très vives douleurs qui ont quelquefois forcé le chirurgien à hâter son intervention. On a aussi attribué à leur ligature dans le pédicule, les accidents tétaniformes qu'on a quelquefois observés. Enfin, si l'on se rappelle que les kystes dont nous nous occupons n'ont de bornes à leur accroissement que les limites mêmes du bassin, on peut se figurer qu'il puisse y avoir compression du plexus sacré et partant, des irradiations douloureuses dans les membres inférieurs. Ces accidents sont rares, mais n'en sont pas moins à redouter.

Uretère. Les complications qui se produisent du côté de l'uretère sont loin d'être rares dans la variété de tumeurs que nous étudions ; aussi est-il utile de connaître les rapports anatomiques de ce canal avec précision. Nous avons reconnu par une dissection attentive sur cinq cadavres que la disposition des uretères était quelque peu variable. Quoi qu'il en soit, on peut dire que, dans sa portion pelvienne, l'uretère, après avoir suivi le côté antérieur de l'artère iliaque interne, croise les vaisseaux et nerfs obturateurs et se trouve dans la partie externe du ligament large. Il descend dans l'espace ligamentaire jusqu'à la partie inférieure où il se met en rapport avec le tissu cellulaire pelvien ; il suit ainsi la direction du

ligament large presque jusqu'à l'utérus, puis la partie supérieure du col, la partie antéro-latérale du vagin qu'il finit par croiser pour se terminer dans le bas-fond de la vessie. Ce trajet dans une région envahie entièrement par les kystes donne une juste idée de la fréquence des adhérences du canal urétéral avec les tumeurs, et du danger qu'il y a à l'intéresser dans l'extirpation, qu'elle soit faite par la voie abdominale ou par la voie vaginale. Si l'on ajoute à cela que les adhérences avec l'utérus, la vessie, ne sont pas rares, on comprendra combien on doit craindre les complications du côté de l'uretère. Nous citerons plusieurs cas où ce canal a été intéressé pendant l'ovariotomie.

Ovaire. Comme nous l'avons vu, l'ovaire est suspendu à l'aileron postérieur du ligament large ; nous avons déterminé sa position, ses moyens d'attache et nous avons décrit les vaisseaux qui s'y rendent. C'est une glande qui a la forme d'une amande et se trouve libre par presque toute sa surface ; elle a une position telle que, son grand diamètre étant horizontal, elle surplombe au-dessus de la fossette rétro-ovarienne et se trouve placée vers la partie médiane de la face postérieure du ligament large. Il suit de là que l'exploration des ovaires normaux est possible sur le vivant quand on agit avec précaution (Dugast) (1). Pour la pratiquer, Olshausen (2) conseille la palpation avec les deux mains ; deux doigts sont introduits dans le rectum, tandis que l'autre main appliquée sur la paroi abdominale permet de reconnaître nettement et quand la vessie est vide, un organe aplati, épais de quelques millimètres, disposé sur un des côtés de l'utérus. Cet examen de l'ovaire est important quand il s'agit de reconnaître si une tumeur perceptible par le vagin ou par la paroi abdominale a pris naissance dans l'organe ou à son voisinage.

Les dimensions de l'ovaire sont variables avec l'âge et le nombre d'enfants que la femme a mis au monde. Luschka donne comme mesures moyennes : longueur 4 centimètres, largeur 2 cent. et épaisseur 1 cent. 3 ; ce sont à peu près les mesures données par Sappey.

La forme est aussi des plus variées ; lisse dans l'adolescence, elle devient semblable à une mûre dans la vieillesse, prenant aussi

(1) Dugast. Exploration des ovaires. Thèse, Paris, 1839.

(2) Olshausen. Pitha et Billroth. Handbuch der Speciellen. Chir. IV, p. 11.

à ce moment une consistance dure, comme fibreuse. Le poids qui est de 6 grammes pendant la période de plus grande activité génitale, tombe après la ménopause jusqu'à un gramme quelquefois.

L'ovaire doit la liberté de ses mouvements à l'aileron postérieur qui lui forme comme un mésentère et qui a été appelé par quelques auteurs « mésovarium ». Ce repli séreux existe bien réellement sur une étendue d'environ 7 à 8 millimètres, mais il diffère des mésentères intestinaux en ce qu'il ne comprend pas dans sa cavité l'ovaire lui-même. Cet organe n'est recouvert que par un épithélium et non par une tunique albuginée, comme le disaient les anciens auteurs : la trame conjonctive de la séreuse s'arrête au niveau du hile en se condensant avec des éléments musculaires lisses et on ne trouve plus sur l'ovaire, dit d'Antin (1), que des cellules de revêtement implantées sur le stroma, sans interposition de membrane propre.

Ce sont ces cellules qui, d'après Waldeyer, donneraient naissance aux kystes de l'ovaire. Nous aurons l'occasion de discuter cette théorie au chapitre de la pathogénie. Entre les replis du mésovarium, on trouve les vaisseaux et nerfs qui se rendent à l'ovaire ; les artères hélicines sont accompagnées par des fibres lisses qui semblent même pénétrer dans le bulbe de l'organe ; le stroma fibreux est assez dense, mais pas assez pour que sous l'influence des modifications de la grossesse, il ne devienne possible de le déchirer jusqu'au hile. Ce que nous tenons à démontrer, c'est que les feuillets séreux qui forment l'aileron en ce point sont bien distincts et peuvent être séparés ; ce détail anatomique pourra nous servir en temps et lieu pour l'étude du mode de développement des kystes ovariques inclus.

Dans l'intérieur de ce mésovarium, les veines qui viennent de l'ovaire forment un plexus assez large qui, sous l'influence des congestions menstruelles se dilate en écartant les feuillets séreux l'un de l'autre.

L'ovaire lui-même se compose de deux parties : l'une périphérique est *la couche ovigène*, l'autre est *la portion bulbeuse*.

Le bulbe de l'ovaire qui forme presque toute la masse de l'organe, est formé de fibres musculaires lisses, de fibres conjonctives,

(1) D'Antin. Etude sur l'épithélium ovarien. Th. Paris, 1882, pag. 14.

de vaisseaux et de nerfs ; Rouget l'a décrit comme un organe érectile. Dans la portion qui entoure le hile, on ne trouve aucune couche ovigène périphérique qui revête la portion bulbeuse, ce n'est que sur la partie libre de l'ovaire que se trouve disposée la *couche ovigène*, épaisse de un millimètre environ et entièrement constituée par des vésicules ovariennes. Cette disposition décrite par Schroën a été démontrée par Sappey avec la dernière rigueur scientifique. Il en résulte que le bulbe a pour rôle de supporter les vésicules et les ovules, de les étaler à sa surface et de pourvoir à leur nutrition.

L'étude des anomalies de l'ovaire qui nous intéressent au plus haut point sera faite dans le chapitre suivant.

PATHOGÉNIE

Avant d'aborder l'étude du développement des kystes inclus, nous devons dire quelques mots sur leurs variétés.

Nous avons défini ces kystes dans l'introduction de ce travail, et nous avons fait remarquer que nous ne comprenions dans notre description que ceux qui, nés dans l'ovaire, dédoublaient les feuillets du ligament large, croissaient pour ainsi dire en dehors du péritoine. De la position de l'ovaire dans l'aileron postérieur, de son insertion sur le ligament large par un mésovarium dont la longueur égale toujours au moins près de 1 centimètre, résulte une difficulté pour comprendre le mode de développement des kystes que nous étudions ; et cependant ils sont loin d'être rares, puisque dans 290 ovariectomies, Péan a rencontré 36 fois des kystes inclus.

L'inclusion des kystes ovariens comporte bien des degrés, comme nous allons le voir. Il est de ces tumeurs qui sont entièrement sous-séreuses et ne se sont développées par aucun point de leur surface dans la séreuse abdominale ; ces cas sont les plus rares. Ce sont les kystes à *inclusion complète*. Faute de renseignements assez complets dans les observations que nous avons recueillies, nous ne pouvons donner aucune proportion.

Une deuxième variété comprend les kystes à *inclusion incomplète*, qui sont contenus en grande partie dans le ligament large, reposent sur le plancher pelvien et ont leur extrémité supérieure dans la cavité abdominale. Ces tumeurs sont à la fois intra et extra-

péritonéales. Nous classerons dans cette catégorie les kystes inclus au moins dans la moitié de leur surface.

La troisième variété que nous admettons seulement pour la facilité de notre étude, se rapporte à tous les kystes qui ne sont attachés au ligament large et à la face interne de ses feuillets que par une large base d'implantation. Ces kystes n'ont pas dédoublé toute la hauteur des ligaments et ne reposent pas sur le plancher pelvien ; leur développement est surtout intrapéritonéal, mais en raison de leurs rapports intimes avec la partie supérieure des ligaments et du mode de traitement dont ils sont susceptibles, nous ne devons pas les passer sous silence.

On voit donc que, depuis le kyste à inclusion complète, jusqu'au kyste à pédicule court attaché au ligament large, nous avons une série de degrés inappréciables qui ne sont réellement pas susceptibles d'une classification. La scission de ces tumeurs en kystes *intrapéritonéaux* et *extrapéritonéaux* semble très rationnelle ; mais, en réalité, elle ne peut suffire, puisque nous rencontrons le plus fréquemment des kystes développés à la fois dans le péritoine et en dehors de lui. De plus, avec cette division, nous ne saurions dans quelle catégorie ranger les petits kystes entièrement inclus dans les ligaments. Nous préférons de beaucoup à cette classification celle que nous avons adoptée et qui comprend trois variétés :

1° Kystes à inclusion complète.

2° Kystes à inclusion incomplète.

3° Kystes à large base d'implantation interligamentaire. Nous excluons de la troisième classe les kystes à pédicule court, sessiles, et nous ne comprenons que ceux qui sont en rapport avec le tissu lâche situé entre les feuillets séreux. En un mot, le sujet de notre travail se bornera à l'étude des kystes ovariques qui, par toute leur surface ou par une partie seulement de cette surface, sont en rapport avec le tissu cellulaire interligamentaire ou avec le tissu cellulaire pelvien.

Les causes de l'inclusion des kystes de l'ovaire peuvent être distinguées en *causes anatomiques* et en *causes pathologiques*.

Les causes anatomiques comprennent les anomalies de développement, de situation de l'organe, la largeur de la surface d'implantation, l'étalement du mésovarium.

Parmi les causes pathologiques, nous trouvons les divers déplacements de l'organe provoqués par un changement de position de

l'utérus, les processus si variables d'ovarite et de périovarite, les adhérences résultant de pelvipéritonite ou de contact permanent avec la trompe ou les ailerons ligamentaires, les chutes de l'ovaire dans la fossette rétro-ovarienne à la suite du relâchement des ligaments qui maintiennent l'organe (ligaments infundibulo-pelviens, de la trompe, de l'utérus), etc.

Nous allons étudier toutes ces causes en donnant à chacune d'elles l'importance qu'elle mérite; nous ne nous dissimulons pas qu'en faisant la première étude de la pathogénie des kystes interligamentaires, nous resterons forcément bien incomplet; nous aurons peut-être un mérite, celui d'attirer l'attention sur cette question intéressante.

CAUSES ANATOMIQUES

Anomalies de développement. — Nous ne voulons pas entrer dans des considérations oiseuses sur les anomalies qui peuvent atteindre l'ovaire pendant sa migration dans la période fœtale, nous ne pourrions faire que des hypothèses et ce serait trop nous aventurer que d'aborder cette question encore à l'étude.

Quand on examine l'ovaire d'un enfant nouveau-né, on trouve que cet organe occupe sur le bord supérieur du ligament large, une longueur d'environ 4 centimètres; il se trouve encore uni à des parties destinées à se séparer de lui et à s'atrophier. Généralement, toute la partie externe va se séparer de l'ovaire proprement dit, pour constituer le parovarium; mais il peut se faire que l'organe, déjà formé dans ses éléments les plus intimes, soit dissocié, partagé en plusieurs grappes glandulaires qui apparaîtront, après l'atrophie des portions accessoires, comme isolées et fixées sur l'aileron postérieur du ligament large, représentant ainsi autant de petits ovaires distincts. Nous rapporterons une observation de de Sinéty qui confirme cette opinion. On peut aussi rencontrer des ovaires surnuméraires développés et séparés dès la période embryonnaire.

On trouve quelquefois aussi des anomalies provenant des rapports de la couche ovigène avec le bulbe de l'ovaire. La couche ovigène s'est formée avant la partie bulbaire et elle est susceptible d'acquérir un volume variable avant le développement du bulbe et du tissu conjonctif qui doit former la charpente de l'organe. Dès

lors, il est possible que ces dernières portions soient complètement entourées par la couche ovigène, de telle sorte qu'il ne persiste qu'un hile très étroit, au lieu du hile que l'on trouve habituellement et qui est pour l'ovaire, disait M. Morel, ce que le corps d'Higmore est pour le testicule.

Nous allons donc étudier parmi les irrégularités de développement qui peuvent expliquer la formation des kystes interligamentaires deux anomalies principales qui sont : les *ovaires surnuméraires* et les *anomalies de disposition réciproque* des deux couches qui constituent l'ovaire.

I. — Ovaires surnuméraires.

Il n'y a pas longtemps que la question des ovaires surnuméraires préoccupe les gynécologistes ; quelques savants avaient déjà pressenti, par analogie avec la multiplicité des testicules chez l'homme, la possibilité de la pluralité des ovaires chez la femme ; mais ils manquaient généralement de moyens d'exploration suffisants. Geoffroy St Hilaire (1) disait n'avoir jamais rencontré aucun cas d'augmentation du nombre des ovaires et admettait cependant la probabilité du fait. C'est Puech (2), le premier en France, qui rapporta une observation qu'il devait à von Grohe ; ce cas fut observé en Allemagne après une grossesse péritonéale, en 1873. Beigel (3), en Allemagne, convaincu de la présence fréquente des ovaires surnuméraires, les rechercha dans 500 autopsies et en constata 23 fois la présence. Il les décrit comme de petits corps glandulaires que l'on rencontre le plus souvent sur le bord de l'ovaire et sur le ligament large, offrant, par rapport à ce dernier, la même disposition que l'ovaire, c'est-à-dire n'étant recouverts que par une couche épithéliale. Comme ils sont fort petits, du volume d'un pois à celui d'un grain de chénevis, il est facile de comprendre pourquoi ils échappent souvent à la vue. De Sinéty (4) croit, d'après ses recherches, qu'on trouve des ovaires surnumé-

(1) Geoffroy St Hilaire. — Hist. des anomalies de l'organisation, Paris, 1832.

» T. I, p. 707.

(2) Puech. — Hist. des anomalies de l'ovaire. Paris, Savy, 1873, p. 37.

(3) Beigel. — Path. Anatomie der Weibl. Unfrucht. Brunswich, 1878.

(4) De Sinéty. — Traité pratique de Gynécologie, p. 866.

raires cinq fois sur 100 autopsies. Que ces proportions soient ou non d'une rigoureuse exactitude, elles nous prouvent néanmoins que les anomalies ne sont pas rares en ce qui concerne les ovaires. Sur trente-deux examens que nous avons pratiqués attentivement à la salle des autopsies de l'hôpital civil, nous n'avons pu trouver un seul cas d'ovaires surnuméraires; le nombre de nos recherches est trop restreint pour que nous puissions en tirer une conclusion.

S'il est aisé de découvrir les ovaires surnuméraires à l'autopsie, il est plus difficile de les constater sur le vivant, quoi qu'en dise Olshausen. Il est aussi très rare de pouvoir les surprendre en évolution pathologique. Généralement, on a de la peine à reconnaître les ovaires dégénérés des néoplasmes qui se sont développés à leurs dépens. Combien ne sera-t-il pas plus difficile de trouver de petits ovaires du volume d'un pois à la base d'un kyste volumineux? Nous avons pu recueillir huit cas où des dégénérescences ont été constatées sur des ovaires multiples. Puech en cite trois cas dans son premier mémoire, nous ne les rapporterons pas ici; dans un travail qu'il publiait en 1879 dans les annales de gynécologie (1), il passait en revue plusieurs autres observations signalées dans les ouvrages allemands.

Koeberlé (2), en 1878, annonçait, qu'après une opération, il avait trouvé, du côté droit, un petit ovaire surnuméraire parfaitement caractérisé au point de vue histologique, situé à l'extrémité interne de l'ovaire principal dont il était nettement séparé. Olshausen (3) rapporte un cas de Klebs. L'ovaire, du côté droit, était, dans ce cas, divisé en 2 parties égales par une bandelette qui était absolument constituée comme le ligament ovarique. Dans ces deux parties, on ne trouvait que des ovules rudimentaires.

Enfin, Olshausen, dans le travail que nous venons de citer, relate une observation que nous allons résumer, à cause de l'intérêt qu'elle présente. Chez une enfant de 10 ans, ce chirurgien constata une énorme tumeur abdominale qui donnait au ventre de la petite malade la forme de celui d'une femme gravide. La tumeur fut extirpée: elle était divisée en plusieurs loges et avait l'aspect d'un kystome multiloculaire, à parois très minces et très fragiles. Elle

(1) Puech. — Annales de Gynécologie, 1879, p. 74.

(2) Koeberlé. — Dict. de méd. et de chir. pratiques. T. XXV, p. 499.

(3) Olshausen. — Handbuch der spec. chir. Pitha et Billroth, p. 12.

adhérait au bord postérieur de l'utérus, en arrière du ligament de l'ovaire par un pédicule de la grosseur du pouce. L'enfant mourut, et, à l'autopsie, on trouva les deux ovaires à leur place, mais enveloppés par des travées conjonctives épaisses. Comme l'examen histologique avait parfaitement prouvé l'origine ovarique du néoplasme, force était bien de considérer ce dernier comme ayant pris son origine dans un ovaire surnuméraire détaché peut-être par un processus péritonitique de l'ovaire gauche lui-même.

Winkler (1), de Dresde, reconnut, dans le cours d'une ovariotomie, la présence de trois kystes distincts les uns des autres et les extirpa. A l'autopsie, il trouva que l'ovaire surnuméraire, qui était à gauche, avait la structure d'un ovaire normal. L'examen microscopique fait par Birch-Hirschfeld, confirma cette idée.

Spencer Wells raconte aussi qu'il trouva trois ovaires dans une ovariotomie.

Winckel (2) a eu l'heureuse fortune de rencontrer un kyste développé sur un ovaire surnuméraire du côté gauche. L'auteur en donne une superbe figure dans son ouvrage ; on remarque que la tumeur s'est développée manifestement en arrière du ligament large et non dans son intérieur, mais il n'est pas douteux que ce dernier cas eût été possible. Dans cette observation, on trouve que l'ovaire accessoire, en raison de sa dégénérescence kystique, est plus volumineux que l'ovaire normal ; il mesurait 3 cent. 5 de long sur 2 cent. 5 d'épaisseur. L'implantation de cet organe supplémentaire avait lieu au niveau du parovarium, et il n'est pas douteux qu'un examen peu attentif eût pu faire croire à un kyste de l'organe de Rosenmüller ; les erreurs de ce genre sont assurément fréquentes.

En 1878, Kocks (3), de Bonn, présentait au congrès de Cassel une préparation fort intéressante et qui justifie, à l'avance, les considérations que nous allons émettre tout-à-l'heure.

On pouvait y voir deux ovaires normaux disposés comme d'habitude, de chaque côté de l'utérus, mais on remarquait surtout à gauche, et à une distance de 2 centimètres de l'ovaire de ce côté, un ovaire surnuméraire enclavé dans le ligament large. On voyait à sa superficie un follicule de Graaf récemment rompu ; sa lon-

(1) Winkler. — Arch. f. Gynæk. 1878. XIII, p. 276.

(2) Winckel. — Path. der Weibl. Sex. organe. 1878. V, lief. p. 142.

(3) Kocks. — Arch. f. Gynæk. T. XV, p. 149.

gueur était de 2 centimètres, sa largeur de 1 centimètre. La disposition de cet organe, la preuve de sa fonction physiologique, ses rapports ne doivent-ils pas nous éclairer sur le rôle que ces glandes supplémentaires peuvent jouer dans la pathogénie des kystes inclus ?

Ces quelques exemples sont suffisants pour nous prouver l'importance de l'étude des ovaires surnuméraires ; c'est à cette étude que Beigel et de Sinéty se sont adonnés depuis longtemps déjà. Ce dernier auteur a été assez heureux pour constater chez un nouveau-né un ovaire surnuméraire qu'il a pu distinguer histologiquement de six petits kystes avoisinants et formés aux dépens des débris du corps de Wolff. De Sinéty s'exprimait ainsi dans son rapport à la Société de Biologie (19 juin 1875) (1) : « Nous trouvons là tous les caractères d'un ovaire surnuméraire absolument distinct de l'ovaire principal, dont il était éloigné de deux millimètres environ. Du reste, quand on se rapporte au mode de développement de l'ovaire, la présence d'un petit ovaire surnuméraire situé à côté des canalicules de la portion génitale du corps de Wolff, n'a rien qui doive surprendre. L'exiguité des dimensions de cet ovaire aurait pu le laisser inaperçu, et c'est peut-être ce qui est arrivé dans d'autres cas. »

Nous venons de voir que les ovaires surnuméraires, habituellement très petits et peu distants de l'ovaire normal, à tel point qu'ils en paraissent comme séparés par une simple lame fibreuse, peuvent cependant être disposés sur toute la surface de l'aileon postérieur ; ils n'ont pas, semble-t-il, de lieu d'élection particulier, ils existent aussi bien du côté droit que du côté gauche. Quant à leur constitution histologique, il ne viendra à l'idée de personne de soupçonner qu'elle ne soit pas identique à celle de l'ovaire proprement dit, puisque c'est ce seul caractère qui nous a servi à les reconnaître. Du reste, chaque fois que l'analyse microscopique a été faite, les auteurs ont signalé dans ces glandes souvent rudimentaires la présence de follicules, d'ovules et de tissu médullaire.

L'observation de Kocks nous est aussi une preuve que leurs follicules peuvent entrer en déhiscence et subir l'influence périodique propre à l'appareil utéro-ovarien, dont elles sont réellement une

(1) De Sinéty. — Mémoires de la Soc. de biologie. 1875, p. 259.

dépendance. Beigel et Winckel ont constaté à la surface de ces petits ovaires l'épithélium germinatif caractéristique ; c'est assez dire que nous pouvons invoquer pour la formation des kystes dans ces éléments la théorie de Malassez et de Sinéty pour l'origine des kystes de l'ovaire. Bien plus, Kocks et surtout Winckel nous signalent des enfoncements, des rainures à la surface de la glande, phénomènes qui sont le signe d'une transformation interstitielle fibreuse résultant du fonctionnement de ces organes. De Sinéty a prouvé dans le cas qu'il a communiqué à la Société de Biologie que l'exiguïté de l'organe supplémentaire n'était pas une cause de non-fonctionnement ou de vitalité imparfaite, car l'examen microscopique lui a démontré la présence d'ovules, de follicules primordiaux formés d'une couche de tissu conjonctif et d'une couronne de cellules épithéliales entourant l'ovule ; il a trouvé aussi des tubes de Pflüger.

En un mot, nous croyons avoir établi par des raisons suffisantes l'identité de structure anatomique des ovaires normaux et des ovaires surnuméraires ; nous regrettons de ne pouvoir joindre à ces considérations les preuves de la fréquence de ces glandes accessoires, et nous sommes tenté d'accorder entière confiance aux statistiques de Beigel et de Sinéty qui fixent à 5 pour 100 la proportion des cas d'ovaires accessoires. — L'absence de mésovarium dans ces petites glandes, leur siège sous le revêtement épithélial du ligament large, nous ont fait songer à la possibilité du développement intraligamentaire des kystes qui se développent dans leurs éléments. — On nous objectera peut-être qu'il n'y a pas plus de raisons pour que ces kystes se forment vers la cavité abdominale ou vers l'interstice celluleux des ligaments ; nous l'accordons volontiers, cependant à la faveur d'une inflammation du revêtement séreux, ou de la rétraction cicatricielle produite à la surface de la petite glande par les transformations des follicules après leur déhiscence, on peut comprendre la progression de la tumeur vers le hile. Nous pouvons admettre aussi que fréquemment les kystes nés dans ces conditions, donneront lieu à des inclusions incomplètes ; cette hypothèse est tellement plausible que nous n'essaierons pas de la discuter. — Nous croyons, du reste, pouvoir trouver facilement des exemples qui viennent à l'appui des idées précédentes. Castaneda y Triana (1), étudiant les kystes parovariques, constate que dans plusieurs

(1) Castaneda y Triana. — Thèse de Paris, 1882. — Kystes parovariques.

des observations qu'il a rassemblées, les kystes du ligament large ont présenté la conformation anatomique, les caractères distinctifs des kystes de l'ovaire. S'appuyant alors sur l'autorité de de Sinéty, il émet l'opinion que ces kystes peuvent provenir d'ovaires accessoires, puisque les ovaires normaux sont restés sans connexion avec les tumeurs observées. Ces mêmes idées furent suggérées au docteur Næggerath (1), après une opération incomplète qu'il fit en 1878.

Gusserow (2) avait déjà formulé son opinion sur les grands kystes du ligament large, avant la connaissance des ovaires surnuméraires. Il attribuait à ces kystes une origine ovarique, tandis que les petits kystes séreux devaient se développer dans l'organe de Rosenmüller. — Nous sommes heureux d'avoir en faveur de notre opinion l'autorité de de Sinéty, Beigel et Olshausen et nous n'hésitons pas à attribuer aux ovaires surnuméraires une grande part dans le développement sous-séreux des kystes que nous avons rangés dans les trois variétés de notre classification.

II. — *Anomalies dans la disposition des couches anatomiques qui constituent l'ovaire.*

Nous n'avons pas voulu passer sous silence cette anomalie qui peut quelquefois, d'après certains auteurs, produire des kystes sous-péritonéaux ; toutefois nous n'accordons pas grand crédit à ce processus.

Il est reconnu qu'à la naissance, la partie médullaire de l'ovaire est encore peu développée, la couche ovigène forme une masse interrompue en un seul point correspondant au hile. C'est assez dire que les tubes de Pflüger contenant les ovules existent à ce moment jusqu'au hile. Thornton (3) dit que l'on trouve ces tubes distinctivement quelque temps même après la naissance ; Waldeyer, sans admettre la disposition des ovules dans les tubes décrits par Pflüger, assure que les ovules séparés par un tissu conjonctif encore lâche existent chez le nouveau-né autour du hile ; de Sinéty (4) a

(1) Næggerath. — *Americ. J. of obstetric*, 1879, p. 345.

(2) Gusserow. — *Ueber Cysten des breiten Mutterbandes*. — *Arch. f. Gynæk.*

(3) Thornton. — *Medical Times and Gaz.*, 1875, t. I, p. 386.

(4) De Synéty. — *Archives de Tocologie*, 1875.

constaté sur des ovaires frais de fœtus tués par la Céphalotripsie, qu'il y avait au voisinage du hile des follicules de Graaf, visibles à l'œil nu. Bientôt le bulbe de l'ovaire se développe, la couche médullaire jusque-là presque complètement située en dehors de l'ovaire, envahit l'organe en écartant la couche ovigène ; dès lors il n'existe plus autour du hile et dans la portion comprise entre les feuillets du mésovarium, aucune trace des follicules de Graaf. Certains histologistes ont cependant vérifié à une époque ultérieure la présence de ces éléments, mais on ne la considère généralement que comme fortuite.

Thornton, dans le *Med. Times and Gazette*, dit que l'on trouve souvent des vésicules de Graaf très grosses près du hile de l'ovaire ; on les découvre facilement en séparant les feuillets du ligament large. Une de ces vésicules, ajoute cet auteur, en grandissant, trouvera une voie plus facile entre les feuillets péritonéaux que vers la surface de l'ovaire. Schatz (1) croit qu'une vésicule de Graaf, dégénérée et développée dans l'épaisseur du ligament large peut donner lieu aux kystes inclus. — Kaltenbach (2) se demande si les vésicules de Graaf profondes sont l'origine de ces kystes, mais il ne résout pas la question. — Meadows (3) extirpa un jour un kyste qui provenait du hile de l'ovaire et était inclus ; le reste de l'ovaire était sain. Ce kyste contenait un épithélium, comme cela arrive dans les follicules de Graaf. L'auteur admet que dans de pareils cas, un follicule de Graaf au lieu de gagner suivant l'état physiologique la surface libre de l'organe, se développe vers la profondeur, et alors au lieu de périr dégénère en kyste.

Sans dire que l'opinion de ces auteurs est erronée, nous conviendrons cependant que la présence des follicules au niveau du hile est exceptionnelle, et pour admettre le développement d'un follicule vers le mésovarium, il faut qu'il existe à la surface de l'organe un obstacle à l'expansion de ce côté, une adhérence, par exemple, ou un exsudat inflammatoire. D'ailleurs les travaux de MM. Malassez et de Sinéty (4) ont suffisamment prouvé que les vésicules de Graaf ne donnent jamais origine à de gros kystes de l'ovaire. Il est

(1) Schatz. — *Arch. f. Gynœk*, t. IX, p. 143.

(2) Kaltenbach. — *Zeitr. f. Geburts. und Frauenk.* Bd. I. H. 3, 1877.

(3) Meadows. — *London, obstetric.* — *Transact.* 1873, p. 39.

(4) Malassez et de Sinéty. — *Arch. de Physiologie*, 1878, p. 45.

rare, en effet, de voir ces kystes acquérir un volume supérieur à celui d'une noix, et nous avons fréquemment trouvé dans les recherches que nous avons faites sur le cadavre, des kystes du volume d'une noisette rompus et vides ; on n'admet plus guère aujourd'hui l'origine folliculaire. — Cependant Schröder (1) dit que la rupture du follicule peut être empêchée soit parce qu'au lieu d'être à la surface de l'ovaire il est situé à sa base, soit par néoformations inflammatoires qui rendent la rupture impossible. Schröder ajoute que Chrobak a vu se développer un de ces kystes après une péritonite chronique ; il pense aussi qu'une augmentation continue et graduelle de la sécrétion du kyste empêche sa rupture. Rokitsky (2) admet que ces kystes peuvent atteindre un certain volume, mais seulement quand ils ont débuté par des collections sanguines qui ont enflammé chroniquement les parois après les congestions menstruelles. Klebs et Kiwisch sont les seuls auteurs qui aient vu ces tumeurs atteindre le volume du poing ; Rokitsky, Spencer Wells, Rindfleisch, Lawson Tait, n'ont jamais vu que de petits kystes. — Il est aussi une raison qui combat l'hypothèse de l'origine folliculaire, c'est la présence d'un épithélium à l'intérieur du kyste, épithélium qui diffère de celui du follicule. Nous ne voulons pas nier complètement la production des kystes inclus aux dépens des follicules, mais nous la croyons au moins très rare, et nous pensons qu'une transformation des parois est nécessaire de même qu'une modification de l'épithélium et une suppression des ovules.

Anomalies de situation de l'ovaire. — Nous n'avons trouvé signalée dans aucun auteur cette cause de développement anormal des kystes ; nous n'avons découvert dans aucune observation de renseignements qui puissent nous instruire sur les anomalies les plus fréquentes de situation de l'ovaire. On comprend facilement qu'à l'époque de la migration de l'organe, ce dernier subisse un arrêt dans cette migration ou qu'il soit gêné dans son évolution ; dans ces cas on chercherait vainement l'ovaire à sa place habituelle.

Si, d'après Beigel, les cas d'absence congénitale des deux ovaires est rare, il est encore assez fréquent de les trouver disposés

(1) Schröder. — Handbuch der Krankh. der weibl. Geschl. organe, 1875. p. 338.

(2) Rokitsky. — Lehrbuch der path. Anat. V. III. p. 416.

sur les parties latérales de la colonne lombaire ou bien dans les culs-de-sac recto-utérins. Olshausen (1) connaît des observations d'absence complète des ovaires citées par Morgagni, Murat, Pears, Cripps, qu'il ne regarde plus comme certaines depuis que Rokitansky a démontré qu'un ovaire détaché de ses attaches ordinaires et égaré dans les parties voisines, peut se fixer ailleurs, s'il trouve des moyens de nutrition suffisants ou être résorbé complètement. Un ovaire qui prend d'intimes connexions avec le ligament large après sa migration est presque toujours privé de portion médullaire bien développée; il s'insère sur le feuillet péritonéal et ne tarde pas à s'y créer une loge au fond de laquelle sont disposés les vaisseaux qui servent à la nutrition de la glande.

La chute de l'ovaire dans la fossette rétro-ovarienne, qui est une des anomalies les plus fréquentes, est parfaitement expliquée par Rokitansky; cet auteur attribue tous les changements de situation de l'ovaire au détachement de l'organe par une torsion qu'il subit sur son axe peu après ou même avant la naissance. Il cite un cas de transplantation chez un enfant de 14 jours. Kiwisch rapporte aussi 3 cas semblables. Quoi qu'il en soit, de ces faits il ressort clairement une particularité importante pour notre étude, c'est la possibilité (je suis loin de dire la fréquence) d'une greffe de l'ovaire sur les ligaments larges sans l'intermédiaire d'un mésovarium. Si l'organe ectopié peut remplir ses fonctions physiologiques, si aucune inflammation ne survient à sa surface, aucune évolution pathologique ne traduira la présence de l'anomalie, mais il n'en est pas toujours ainsi et l'ovaire peut, par l'irritation qu'il a produite sur le ligament large, s'enkyster, pour ainsi dire, et entrer alors facilement en dégénérescence néoplasique. C'est dans ces cas surtout que nous comprendrions le mode de formation des kystes dans les follicules de Graaf irrités et chroniquement enflammés; Scanzoni (2) croit que l'hypérémie des vésicules, l'inflammation qui conduit à l'épaississement des parois, sont des conditions nécessaires à ces productions morbides.

D'après Freund, il faudrait invoquer le plus fréquemment un défaut de développement, supposer, par exemple, que l'ovaire siège

(1) Olshausen. — Handbuch der Spec. chir. Pitha et Billroth. T. IV, p. 11.

(2) Scanzoni. — Traité pratique des maladies sexuelles de la femme. Trad. franç. 1858, p. 345.

entre les ligaments larges ; il considère l'ovaire comme étant peut-être plus exposé aux ectopies que le testicule. Nous ne voulons pas donner aux anomalies de développement plus d'importance qu'elles n'en comportent logiquement, nous savons qu'en résumé les anomalies ne sont qu'exceptionnelles et vouloir leur accorder un rôle prépondérant serait quitter le terrain des probabilités.

Nous arrivons maintenant à l'étude de l'*influence de la disposition anatomique du mésovarium* sur la production des kystes interligamentaires ; nous devons distinguer deux conditions : 1° l'*absence du mésovarium*, 2° l'*étalement de ce dernier*.

Absence du mésovarium. — Cette anomalie de disposition est relativement fréquente ; on l'observe surtout chez les femmes âgées dont les organes génitaux sont sains du reste. Il semble qu'au moment où la ménopause a signalé le début de l'atrophie et de la sclérose de l'ovaire, le mésovarium disparaît au point de ne plus permettre la mobilité de l'organe qu'il est destiné à soutenir. Peut-être devons-nous attribuer ce phénomène à la suppression des congestions périodiques qui jusqu'à la ménopause avaient entretenu une nutrition exagérée dans ces parties. Il n'est pas, du reste, erroné de croire que la rétraction du mésovarium coïncide avec le ratatinement du bulbe de l'ovaire. Mais si nous avons pu vérifier plusieurs fois, sur les 32 examens que nous avons faits à l'amphithéâtre, les conclusions précédentes, nous n'avons pas été assez heureux pour constater l'absence du mésovarium chez la femme, pendant la période d'activité sexuelle ; nous avons trouvé souvent à cette époque un étalement du repli séreux, mais non l'absence complète de ce dernier. Nous croyons cependant qu'elle peut exister et n'hésitons pas à accepter la possibilité de l'insertion sessile de l'ovaire au niveau du point qu'Olshausen appelle la bourse ovarique. Si les kystes de l'ovaire ont leur maximum de fréquence pendant l'âge adulte, il n'en est pas moins certain que leur développement continue après la ménopause, et alors ils peuvent subir l'influence de l'enclavement de l'ovaire dans le repli postérieur du ligament large et donner naissance, le plus souvent, à l'inclusion incomplète.

Etalement du mésovarium. — Quiconque a observé les organes maternels au moment de la période menstruelle ou pendant la ménopause, a pu remarquer combien les vaisseaux utéro-ovariens sont distendus ; les ligaments larges apparaissent comme gonflés,

distendus par les plexus variqueux qu'ils contiennent ; l'ovaire lui-même est tuméfié et l'aileron postérieur élargi semble avoir disparu ; il est étalé. Si l'on cherche à ce moment à séparer les feuillets ligamentaires l'un de l'autre, on le fait avec facilité, les tractus celluloux cèdent au moindre effort et souvent, sans le secours des ciseaux, on peut mettre à nu le hile de l'ovaire en disjoignant les deux feuillets de l'aileron postérieur, qui constituent le mésavorium. Quelquefois même, quand la congestion est intense, à la faveur d'un œdème cardiaque persistant, par exemple, l'ovaire ne fait plus saillie à la surface de l'aileron postérieur, il a disparu derrière le relief des plexus veineux ovariens. Supposons qu'un tel état congestif persiste longtemps, entretenu soit par un état inflammatoire d'un des organes qui composent l'appareil génital de la femme, soit par une dyscrasie sanguine ou une affection de l'appareil circulatoire, alors l'aileron postérieur sera étalé en entier, le mésovarium donnera libre passage entre ses replis aux productions néoplasiques venant de l'ovaire.

Sans aborder, pour l'instant, ces manifestations pathologiques et en restant toujours dans le domaine de l'anatomie physiologique, on peut se contenter d'observer l'épaississement du tissu cellulovasculaire du ligament large et en particulier du mésovarium à l'approche de la ménopause, sous l'influence des congestions périodiques fréquemment renouvelées, les plexus sont devenus variqueux, la trame qui les soutient a laissé distendre ses mailles et la progression des kystes ovariens vers l'espace sous-séreux est rendue plus facile.

Nous avons pu vérifier sur deux femmes mortes, l'une en pleine ménopause, l'autre d'une fièvre typhoïde, vingt-cinq jours après l'accouchement, l'exactitude de ces déductions. Chez la première, il a été possible, sans l'aide du bistouri, de séparer les feuillets ligamentaires jusqu'à l'ovaire dont les vaisseaux émergents étaient considérablement dilatés et variqueux. Chez la seconde, le tissu celluloux infiltré n'a opposé qu'une faible résistance aux tractions et s'est laissé écarter facilement. Si l'on tient compte de la tendance qu'ont toujours les productions néoplasiques à suivre les vaisseaux, on ne sera pas étonné que nous attachions une aussi grande importance à l'étalement des feuillets séreux qui entourent le hile de l'ovaire.

Causes pathologiques. — Nous avons insisté suffisamment sur

les raisons anatomiques qui facilitent le développement interligamentaire; ces raisons ne sont pas les seules et il faut attribuer aussi une certaine influence aux causes pathologiques. Disons tout de suite que ces facteurs sont souvent réunis et, comme le dit Freund (1), les processus pathologiques sont insuffisants pour expliquer les inclusions.

Les considérations précédentes sur la congestion physiologique de l'appareil utéro-ovarien nous obligent à aborder de suite la question du rôle des *congestions*.

Chez une femme morte, à l'âge de 46 ans, d'une affection cardiaque (insuffisance mitrale), nous avons trouvé les plexus veineux extrêmement distendus, entourés d'un tissu cellulaire œdédié. Les ovaires, plus gros que d'habitude, étaient recouverts d'exsudats inflammatoires et adhérents au feuillet postérieur du ligament large, la seule partie de leur surface qui semblait libre correspondait au hile. Un examen plus attentif nous fit reconnaître dans l'ovaire gauche une dégénérescence kystique commençante avec cavités remplies de caillots sanguins; cette production néoplasique ne faisait encore qu'une légère saillie à la surface de l'organe. Nul doute pour nous qu'elle ne se fût développée plus tard vers le hile et l'interstice ligamentaire.

Le hasard nous a fourni l'occasion d'observer un kyste double interligamentaire à inclusion complète chez une femme de 54 ans, morte d'une affection du cœur. L'aspect de la pièce anatomique que quelques-uns de nos amis ont pu vérifier, nous semble en bien des points identique à celle que Olshausen (2) a représenté dans l'ouvrage de Pitha et Billroth. Les deux kystes multiloculaires étaient chacun de la grosseur d'une noix, disposés dans l'intervalle des feuillets ligamentaires dont on put les énucléer facilement, sauf au niveau des ovaires. On remarquait à la surface du revêtement séreux des traces de péritonite localisée déjà ancienne; l'utérus n'était pas adhérent. Enfin, autour de ces kystes, sur le plancher pelvien et dans le tissu cellulaire environnant, on trouvait des réseaux veineux considérables, les artères étaient aussi volumineuses et serpentineuses; une telle vascularisation indiquait une nutrition exagérée, causée par la présence des deux tumeurs. Les ovaires avaient

(1) Freund. — Berlin. Klin. Wochens. 1878, p. 418.

(2) Olshausen. — In Pitha et Billroth. Maladies de l'ovaire.

leur position normale, ces organes avaient servi de point de départ à la maladie dont la marche nous semble avoir été la même au début que dans le cas précédent.

Les affections de l'appareil circulatoire, celles des organes du petit bassin peuvent par l'œdème ou la congestion qu'elles occasionnent dédoubler les feuillets séreux et favoriser les inclusions ; il en est de même des lymphangites chroniques qui, en provoquant l'ectasie des plexus nombreux qui environnent l'ovaire et l'utérus, produisent de véritables anévrysmes remplis de lymphes. On a vu, dit Tixier (1), ces collections contenir jusqu'à 500 grammes de liquide, elles peuvent prendre alors l'aspect de véritables kystes des ligaments larges et nous ne serions pas étonné qu'on les ait souvent confondues avec les kystes parovariques. Leur contenu qui se coagule aussitôt après l'ouverture de la poche, servirait cependant à les reconnaître et ferait éviter une erreur grossière. Nous nous souvenons à ce propos d'un fait qui se produisit au cours d'une ovariectomie faite par M. le professeur Gross, opération à laquelle notre excellent maître nous avait invité à prendre part. Au moment où, après l'extirpation du kyste, le chirurgien s'apprêtait à abandonner le pédicule dans le bassin, il s'aperçut que le fil de soie qui avait été placé sur ce pédicule n'exerçait pas une striction suffisante. Deux nouveaux fils furent alors placés au-dessous de la première ligature embrassant chacun une moitié du pédicule primitif ; quand on voulut séparer, d'un coup de ciseaux, ces deux parties l'une de l'autre, un flot de liquide clair et limpide s'échappa par l'incision. L'idée d'une perforation de la vessie déplacée fut bientôt écartée par le cathétérisme qui évacua une notable quantité d'urine de l'organe. Nul doute pour nous qu'on ait eu affaire dans ce cas à des dilatations lymphatiques du ligament large.

Les veines n'acquièrent jamais pareil volume, et les artères devenues flexueuses n'éprouvent qu'une augmentation de leur calibre qui peut égaler celui d'une artère radiale d'adulte, mais cette ectasie est bien suffisante pour permettre la progression d'une tumeur entre les feuillets du mésovarium. C'est généralement ce chemin que suivent les tumeurs dermoïdes développées dans le ligament large, puisque sur 188 cas de kystes dermoïdes intraligamentaires, Lebert

(2) Tixier. — Du pédicule dans l'ovariectomie. Th. de Strasbourg, 1869, p. 10.

en note 129 comme appartenant à l'ovaire. Boinet (1) a constaté la plus grande fréquence de ces productions sous séreuses du côté droit; nous ne pouvons expliquer une telle particularité, mais nous comprenons parfaitement la marche des tumeurs dermoïdes et des kystes papillaires (kystomes papillaires des Allemands) vers l'espace interligamentaire, étant donné que les tumeurs malignes ou celles qui s'en rapprochent, ont tendance à progresser le long des vaisseaux qu'elles rencontrent.

Nous en avons assez dit sur l'influence des ectasies vasculaires et des congestions chroniques des plexus utéro-ovariens, sur le mésovarium variqueux; la fréquence de ces causes est peut-être plus grande qu'on ne le croit. Si l'on réfléchit, dit Hégar (cité par Boinet), que, pendant des années, toutes les quatre semaines, il s'est fait une forte congestion des vaisseaux génito-urinaires du bassin et de l'abdomen, on comprend que le calibre des vaisseaux finisse par s'élargir. Il se produit un certain affaiblissement des parois qui prédispose aux dilatations variqueuses.

Déplacements des ovaires. — Les déplacements des ovaires peuvent exister seuls, ou être produits par les divers changements de position de l'utérus. La situation et la direction de la glande ovarique varient avec l'âge, dit de Sinéty (2), et sont modifiées par les déviations utérines et une série d'autres circonstances, à tel point qu'il est rare de pouvoir constater, après la mort, la disposition véritable de l'organe.

Le mode de déplacement de l'ovaire a surtout été étudié en Allemagne. Rokitansky, Kiwisch, Turner, ont voulu expliquer par quel mécanisme, la glande pouvait quitter sa position normale et aller se greffer sur des parties plus ou moins éloignées. A part le cas où l'absence d'un ovaire coïncide avec un utérus unicorne, Olshausen (3), pense que l'on doit croire, en face de cette anomalie, à un détachement par torsion sur l'axe du pédicule. C'est par le mécanisme de la torsion du pédicule que l'on peut aussi expliquer la séparation complète de certains kystes ovariques et leur transplantation sur d'autres parties de la cavité abdominale. Les seuls déplacements qui nous intéressent sont ceux où l'ovaire s'est greffé sur

(1) Boinet. — Dict. encyclopédique. Art. ovaires, p. 92.

(2) De Sinéty. — Traité prat. de Gynécologie. p. 629.

(3) Olshausen. — Loc. cit.

la surface des replis des ligaments larges, ceux où il a continué à vivre après sa chute dans la fossette rétro-ovarienne et enfin ceux qu'admet Freund (1), résultant de la situation de l'organe entre les feuillets ligamentaires. Ce dernier cas nous semble rare, ou ne pouvoir survenir que par suite d'un processus péritonitique spécial.

Pour la transplantation sur le ligament large, nous aurions à répéter ce que nous avons déjà dit au sujet des ovaires surnuméraires, nous n'y revenons pas.

En ce qui concerne la chute de la glande dans la fossette rétro-ovarienne, nous dirons peu de chose, car cette anomalie ne peut produire de kystes inclus que si tout développement est empêché vers le cul-de-sac recto-utérin, c'est-à-dire s'il existe des adhérences ou une rétro-position de la matrice. Le plus souvent cette situation de l'ovaire qui donne naissance aux grossesses extra-utérines péritonéales, fournit aussi des kystes intrapéritonéaux ou à inclusion incomplète. Nous verrons plus loin combien il est difficile de différencier cette variété de tumeur ovarique développée dans le cul-de-sac recto-utérin des kystes intraligamentaires.

Le plus fréquemment les déviations de l'ovaire (2) suivent celles de l'utérus; la laxité des ligaments larges et la résistance des liens d'attache de la glande à la matrice expliquent suffisamment le fait. La rétroversion et la rétroflexion donneront lieu à la chute vers la fossette rétro-ovarienne, et si, dans cette position permanente, une tumeur kystique se développe, elle ne sera pas contenue dans la cavité abdominale et pourra être considérée comme sous-séreuse, quoique sa base repose en réalité sur le feuillet péritonéal qui recouvre le plancher pelvien. Dans ces conditions, les rapports de la trompe et des ailerons seront différents de ceux qu'ils contractent avec les kystes inclus proprement dits; si, par hasard, les deux ovaires sont kystiques, on aura affaire à ces adhérences pelviennes en masse comme nous en rapportons quelques cas dans nos observations, matériellement impossibles à séparer, faisant ressembler le bassin à une cavité entièrement remplie de productions néoplasiques où l'on ne distingue plus l'utérus ni la vessie.

Les déviations latérales de la matrice en provoquant souvent des

(1) Freund. — Berlin. Klin. Wochens, 1878, p. 418,

(2) Schultze. — Traité des déviations utérines, trad. du professeur Hergott, Paris, 1884.

adhérences entre cet organe et le ligament large d'un côté peuvent empêcher la croissance d'un kyste vers la séreuse abdominale et déterminer l'invagination de la tumeur dans l'interstice ligamentaire ; il est rare de constater ce fait, parce qu'en se développant, le kyste repousse l'utérus vers la ligne médiane et le soulève même au-dessus du détroit supérieur. C'est dans ces circonstances que les adhérences utérines sont les plus graves et qu'elles peuvent même conduire à l'hystérectomie.

Rôle des processus inflammatoires. — Nous devons distinguer les inflammations limitées à l'ovaire ou à sa périphérie et celles qui intéressent la séreuse qui revêt les organes pelviens.

L'ovarite et la périovarite sont des affections qui, pour ne pas être reconnues fréquemment, n'en sont pas moins ordinaires ; on en constate tous les jours les traces aux autopsies et leurs effets sont en proportion de leur intensité. Tantôt l'ovaire est tuméfié, couvert d'exsudats fibrineux, mais reste distinct de l'aileron qui le supporte, tantôt il est recouvert de membranes inflammatoires qui le fixent dans un contact immédiat avec le ligament large ; ce sont ces dernières conditions qui seront favorables au développement des kystes que nous étudions. Il serait difficile de séparer l'ovarite de la périovarite, l'une accompagnant presque fatalement l'autre ; d'après Gallard (1), l'inflammation de la trompe même accompagne presque forcément l'inflammation de l'ovaire. On voit que ces organes sont dans une dépendance réciproque, c'est ce qui explique aussi la transmission possible de l'irritation à l'ovaire après les salpingites.

Aran et Gallard ont observé que l'ovaire, en se tuméfiant, reste fixe dans sa partie externe, tandis que son extrémité interne se rapproche de la corne utérine en s'insinuant dans l'épaisseur du ligament ovarien ; il n'en faut pas plus pour causer une inclusion kystique, si l'ovaire dégénère plus tard. Ces conclusions ont été vérifiées aussi par Olshausen (2) et par Reigly. Quand il y a ovarite, dit le premier auteur, il y a périovarite et adhérences consécutives. Ces adhérences se font soit par de vrais filaments, soit par des travées fibreuses qui recouvrent la glande ; quand elles sont bien organisées, elles attirent l'ovaire jusqu'au contact du bord uté-

(1) Gaillard *Traité des maladies des femmes*, Paris 1873.

(2) Olshausen, in Pitha et Billroth, p. 14.

rin, le fixent en cet endroit dans un rapport intime avec le ligament large. Si les adhérences sont moins fortes, le déplacement se fait vers la cavité de Douglas ; il est très rare de voir une dislocation de l'ovaire vers la partie externe ou le bord supérieur des ligaments. C'est assez dire, que dans ces cas, l'enclavement des kystes est très logique et facile à comprendre ; on peut même dire que ce résultat est inévitable quand l'ovaire est tassé, déformé par la pression qu'exercent les exsudats sur sa surface, rendant souvent difficile l'apport sanguin. Dans les processus d'ovarite, généralement les deux ovaires sont pris, quelquefois ils sont immobilisés dans une même masse exsudative. Olshausen a constaté plusieurs fois ce fait qui suffirait pour expliquer la présence assez fréquente de deux inclusions kystiques complètes chez la même malade. Boinet, dans son article du dictionnaire encyclopédique, accorde à l'ovarite une grande influence sur l'origine des kystes ; et Chéreau (1), parmi les causes excitantes ou déterminantes de ces tumeurs n'en accepte qu'une, c'est l'ovarite. Il est certain que toutes les causes de l'ovarite et surtout celles qui sont capables de déterminer ou d'entretenir l'ovarite chronique, sont aussi celles que l'on constate le plus souvent comme causes des kystes.

La paramétrite, les phlegmons péri-utérins retentissent aussi sur les ovaires et provoquent souvent, comme les salpingites, des adhérences des pavillons, des trompes aux ovaires, au milieu d'autres exsudats organisés ; il peut arriver encore, dit Olshausen, que l'aïlérone de la trompe (*tubenmessengerium*) surplombe au-dessus de l'ovaire et vienne à le recouvrir en contractant des adhérences avec le feuillet postérieur du ligament large. Il suit de là que la glande se trouve comprise dans la bourse ovarique dont elle ne peut s'échapper et qu'elle est déjà incluse elle-même dans le ligament large.

La pelvipéritonite, dans ses aspects si variés, n'est pas sans jouer un certain rôle dans la pathogénie des inclusions. Les péritoniques locales, d'après Doumaison (2) sont très souvent rencontrées, elles laissent après elles des altérations persistantes des organes et des changements dans leurs rapports respectifs. C'est ainsi que l'ovaire est peut-être l'organe qui en souffre le plus, soit

(1) Chéreau. Union médicale, 1848.

(2) Doumaison, thèse de Strasbourg, 1868.

qu'il subisse des déplacements, soit qu'il disparaisse sous un exsudat inflammatoire chronique. Nous avons assez insisté précédemment sur les inconvénients de ces conditions pathologiques.

Nous ne voulons pas passer sous silence la plus ancienne des théories par laquelle on expliquait la production des kystes inclus. Autrefois, tous les kystes de l'ovaire dérivait des follicules de Graaf; aussi quand on trouvait une de ces tumeurs sans connexion avec la glande, on supposait un détachement d'un ovule kystique qui s'était greffé sur une partie voisine. Baker Brown (1) publiait en 1866 une observation où il défendait cette opinion. Atlee (2), en 1873, n'accordait plus beaucoup de crédit à cette théorie et soutenait que les kystes du ligament large pouvaient naître dans le tissu cellulaire qui sépare les replis séreux. Ces idées furent attaquées par Verneuil (3), qui n'eut pas de peine à démontrer l'impossibilité de semblables néoformations dans les tissus dépourvus de glandes. Thornton (4), après quelques recherches, croyait aussi qu'un follicule de Graaf augmenté de volume se détachait du hile de l'ovaire, s'en éloignait peu à peu et pouvait même produire des excroissances papillaires. La fausseté de ces prétentions est trop bien reconnue aujourd'hui pour que nous entreprenions de les discuter. Cependant Schatz (5) n'a pas encore complètement rejeté l'idée de la formation folliculaire des kystes inclus. Nous savons que jamais les vésicules de Graaf dilatées ne dépassent le volume du poing (Klebs et Kiwisch).

De ce long exposé des causes anatomiques et pathologiques qui produisent les inclusions complètes ou incomplètes, pouvons-nous conclure à la plus grande fréquence des unes ou des autres? Malheureusement, l'appréciation du mode de développement des tumeurs est impossible au moment de leur extirpation et nous ne pouvons fournir aucune statistique probante. Toutefois il est permis de croire que les raisons anatomiques se mêlent le plus souvent aux raisons pathologiques, car aux anomalies de position de l'ovaire doivent succéder facilement des manifestations morbides.

(1) Baker Brown. Med. Press. and circular. janvier 1866. — in th. Castaneda 1882.

(2) Atlee. Ovarian tumors. Philadelphia, 1873.

(3) Verneuil. Mem. de la Soc. de chir. t. IV p. 58.

(4) Thornton. Transac. of the path. Soc. — XXVI — p. 142.

(5) Schatz. Arch. f. Gynæk. t. IX — p. 143.

Nous avons montré que la multiplicité des ovaires n'était pas un fait aussi rare qu'on l'avait cru jusqu'ici, leurs anomalies de position, qu'elles soient dues au développement irrégulier ou à des adhérences sont très fréquemment rencontrées et Freund a montré par de nombreuses figures dessinées d'après les préparations de Conheim, quelle place variable ces glandes peuvent occuper vis-à-vis de l'utérus et des ligaments. D'ailleurs il nous suffira de donner quelques chiffres sur la fréquence des kystes ovariques inclus pour prouver que les causes pathogéniques que nous avons signalées entravent souvent l'accroissement des kystes de l'ovaire.

Winckel (1), sur 450 autopsies, trouva 25 fois des kystes du ligament large ; il donne le détail de ses examens, nous ne le rapporterons pas ici. Sur ces 25 cas de tumeurs incluses, cet auteur signalait deux fois des kystes doubles des ligaments larges, 12 fois des tumeurs simples à gauche et 11 fois à droite. Ces kystes étaient petits pour la plupart, ce qui s'explique très bien par l'absence de gêne qu'ils avaient causée jusqu'à la mort ; du reste, nous croyons que la croissance de ces néoplasmes doit se trouver dans bien des cas rendue difficile par les rapports anatomiques qu'elle contracte. Deux fois, sur 32 femmes dont nous avons examiné les organes, nous avons trouvé des kystes interligamentaires ; une fois le kyste était double. Les kystes inclus sont assez souvent symétriques, environ 1 fois sur 10, d'après nos recherches ; on peut trouver, en effet, dans nos tableaux, 11 observations de tumeurs doubles arrivées à un grand développement. Cette forte proportion tient, à notre avis, à ce que les causes qui favorisent l'inclusion sont le plus souvent symétriques et aussi à ce que ces mêmes causes sont déterminantes des affections kystiques.

Winckel a constaté de petits kystes inclus chez des femmes très âgées, qui avaient dépassé quatre-vingts ans, mais c'est surtout de 30 à 50 ans que l'on rencontre le maximum de fréquence ; ce sont aussi ces limites qui sont admises pour les kystes simples de l'ovaire, ce qui indique que les néoplasmes ligamentaires participent bien à l'influence qui produit tous les kystes ovariques. Les kystes du ligament large venant de l'ovaire, disent Boinet et Ferrand (2), doivent avoir même étiologie que ceux qui se développent dans

(1) Winkel — die path. der Weibl. Sex. org. — 1878. — 3^{te} Lief. p. 84.

(2) Boinet et Ferrand. Art. ovaires — dict. encyclop.

l'abdomen. Ces auteurs ont fait à l'aide des statistiques de Bluff, de Kilgour, de Lee, de Tavignot, de Chéreau, une moyenne pour les kystes inclus ; ils ont trouvé que sur 475 cas, 260 appartenaient au côté droit, 173 au côté gauche, et 42 aux deux côtés à la fois. Dans les 80 observations où le côté affecté est désigné, nous avons trouvé des résultats opposés à ceux de Boinet, soit : 23 pour le côté droit, 46 pour le côté gauche et 11 tumeurs doubles. Nous n'avons pas rassemblé un assez grand nombre d'observations pour conclure que la proportion d'inclusion est deux fois plus forte à gauche qu'à droite, mais nous n'hésitons pas à croire que Boinet a compris dans sa statistique tous les kystes parovariques qu'il a rencontrés, ce qui peut fausser les résultats. D'ailleurs nous nous rapprochons des idées de Winckel qui croit à la prédominance en faveur du côté gauche. En résumé, nous concluons à la plus grande fréquence des kystes inclus à gauche et, d'après Winckel, dont la moyenne coïncide avec celle de nos 32 autopsies, à la proportion de 5, 5 de kystes inclus pour 100 femmes prises au hasard — de Sinéty arrive à la proportion de 4 à 7 pour 100 comme fréquence de ces tumeurs.

Péan donne, dans les volumes I et III de ses cliniques, deux statistiques comprenant 290 ovariectomies, parmi lesquelles nous trouvons 36 extirpations de kystes inclus, soit une proportion de 7,5 de kystes inclus pour 100 kystes ovariens simples.

Quelque variables que puissent paraître ces chiffres, ils ont néanmoins l'avantage de prouver l'importance des complications ligamentaires auxquelles, il y a quelques années seulement, on n'accordait aucune attention, puisqu'elles étaient classées parmi les adhérences inflammatoires et traitées comme telles.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique des kystes inclus diffère peu de celle des kystes ovariens ordinaires, aussi nous bornerons-nous à émettre quelques considérations spéciales à ces kystes, sur leurs rapports anatomiques, sur leurs formes histologiques les plus habituelles et enfin sur la constitution de leurs parois.

Rapports anatomiques. — Nous avons distingué trois formes de kystes inclus, dont la plus simple répond à l'insertion sessile sur le sommet du ligament large, le fond du kyste n'étant en rapport que par une petite surface avec l'espace cellulaire ligamentaire.

Dans cette variété, les rapports sont faciles à comprendre et toute la différence avec un kyste ovarien simple réside en ce que le pédicule est formé par le ligament large lui-même : le plus souvent, il n'y a pas d'adhérences dangereuses avec l'utérus ou la vessie. La trompe est en avant de la base du kyste, en rapport avec elle, tandis que l'utérus est légèrement repoussé latéralement et en avant. La tumeur est presque complètement intrapéritonéale.

Dans l'*inclusion incomplète*, le kyste a dédoublé partiellement le ligament large ou même a atteint le plancher pelvien, mais sa partie supérieure est libre dans la cavité abdominale ; le ligament large forme autour de la partie inférieure du néoplasme une cupule dont la profondeur est variable. La trompe est restée à la partie antérieure de la tumeur, fixée sur sa paroi, et occupe une position plus ou moins élevée par rapport au détroit supérieur, elle peut

atteindre la hauteur de l'ombilic par sa partie externe, tandis que l'autre partie partant de la corne utérine se dirige de bas en haut et de dedans en dehors. Elle est jetée en sautoir sur la partie antérieure du kyste, son relief indique à peu près la limite du feuillet antérieur du ligament large et peut servir de point de repère pour l'énucléation. En se développant, la partie incluse de la tumeur a entraîné vers la cavité abdominale les deux feuillets du ligament large, qui apparaissent à sa surface sous un aspect rosé, très vasculaire, et sont sillonnés de nombreux réseaux veineux. L'utérus a pu garder sa position, quand la tumeur est petite, sinon il est légèrement entraîné en haut par celle-ci en même temps qu'il subit un déplacement en anté-position ; ces déviations s'apprécient très bien par la position du col. Quant à la base du kyste, elle peut être en contact avec le tissu cellulaire du plancher pelvien ou n'avoir pas entièrement dedoublé le ligament large ; comme le kyste n'est pas gêné dans son expansion vers l'abdomen, les complications vers la région sous-péritonéale sont moins fréquentes, elles existent même très rarement. Souvent même un seul feuillet du ligament large, l'antérieur ou le postérieur, est soulevé et recouvre une partie de la tumeur, l'autre feuillet restant en place ; toutes ces particularités dépendent du développement qui se fait plus facilement d'un côté ou de l'autre suivant les conditions anatomiques.

Quels sont les rapports du néoplasme avec les vaisseaux des ligaments ? Cette question très importante à résoudre, n'a malheureusement pas encore été étudiée ; Terrillon, Hégar, et Kaltenbach, (1) ont voulu la trancher en disant que l'on trouvait deux faisceaux vasculaires, l'un interne formé par les branches de l'artère utérine, l'autre externe par les vaisseaux spermatiques, mais en réalité, une telle précision en face de phénomènes pathologiques variables ne doit pas être recherchée. Du reste, nous avons vu au chapitre de l'anatomie que les artères ne sont que de peu d'importance en comparaison des riches plexus veineux qui serpentent au-dessus du plancher du bassin, et s'il est un danger à courir, il vient plutôt des hémorrhagies veineuses, des hémorrhagies en nappe, que des pertes de sang résultant de la section des artères utérines ou spermatiques, pertes que l'on peut presque toujours arrêter par la forcipressure.

(1) Hégar et Kaltenbach. — Gynécologie opératoire. — Trad. Bar. — 1885. p. 172.

Toutefois on peut dire que les points où les vaisseaux sont les plus nombreux, correspondent à la partie interne du ligament large entre la tumeur et l'utérus, à cause du plexus veineux qu'on y trouve et qui sert de voie de décharge aux organes avoisinants ; à la partie postéro-inférieure du kyste, à cause des artères utéro-ovariennes et des veines qui ramènent le sang de l'utérus et de l'ovaire, veines qui communiquent avec les veines qui suivent l'artère utérine en bas et celles du tissu cellulaire pelvien.

Quelquefois les rapports ne sont plus aussi simples ; les décollements, les adhérences, la disposition des vaisseaux et surtout celle du plexus pampiniforme peuvent apporter des difficultés que nous signalerons à propos de l'inclusion complète.

Dans l'*inclusion complète*, la tumeur considérée en elle-même ne peut entrer en connexion avec aucun des organes contenus dans la cavité péritonéale ; elle est extra-péritonéale, en rapport avec le tissu cellulo-vasculaire du ligament large et la lame adipeuse qui recouvre le plancher pelvien. Moins fréquente que les variétés précédentes, l'inclusion complète, dont nous avons trouvé 16 exemples précis dans nos observations, n'a pas une description aussi simple qu'on le croirait au premier abord. Les cas où la tumeur n'a pas entièrement dédoublé le ligament large correspondent aux petits kystes dont l'évolution commence, généralement le repli ligamentaire est étalé et la base du néoplasme repose sur le tissu cellulaire du bassin. Pour analyser les rapports vasculaires de ces kystes, nous aurions peu de chose à ajouter à la relation que nous avons faite au sujet des inclusions incomplètes, si ces rapports n'étaient susceptibles de changer tout comme les formes du revêtement séreux.

S'il est habituel de trouver ces tumeurs assez peu volumineuses recouvertes en avant et en arrière par les feuillets correspondants des ligaments, il n'est pas rare de trouver la trompe à sa place ordinaire, tandis que le repli postérieur seul est soulevé ; alors la partie antérieure du bassin peut être libre, tandis que le rectum est comprimé. Cette anomalie de position peut tenir à ce que la tumeur a été gênée dans son accroissement par la résistance du ligament large ou à des adhérences anciennes qui empêchent le déplacement des replis séreux. Nous rapporterons plus loin un cas de Olshausen et un autre de Spiegelberg, où le kyste a décollé le péritoine jusqu'à la région anale. Ces exemples ne sont pas rares, et on peut

voir parmi les observations que nous avons recueillies 11 faits dans lesquels la tumeur s'est développée sous le feuillet postérieur du ligament large et dans le mésentère de l'S iliaque jusqu'à la fosse iliaque gauche, repoussant le rectum en avant; les principales observations qui signalent cette complication portent les numéros 13, 16, 68, 71, 74, 108 et 116. Si le kyste siège à droite, il peut décoller le péritoine pelvien jusqu'au méso-cœcum; nous avons réuni 4 cas de ce genre. Tantôt c'est par ses parties latérales que la tumeur se développe, atteignant le bord de l'utérus, refoulant cet organe ou même décollant le péritoine de sa face postérieure et allant envahir le ligament large du côté opposé, comme dans le cas observé par M. le professeur Gross. Tantôt au contraire, le feuillet antérieur seul est soulevé, et la trompe occupe une position variable; alors le kyste a pu glisser sous le péritoine pelvien jusqu'à la paroi abdominale avec laquelle il se met en contact, remontant même jusqu'à l'ombilic. L'observation 18 est un exemple de cette curieuse anomalie.

Nous n'avons pas parlé jusqu'ici des uretères dont le trajet au-dessus du plancher pelvien doit causer quelquefois certaines difficultés; deux fois seulement (obs. 71 et 81), cette complication a été signalée dans notre série de faits, mais nous connaissons un cas de Simon, un autre d'Offenbach et un troisième de Nussbaum où la section des uretères engagea les chirurgiens à tenter la suture à la vessie. Dans l'observation 71, Hégar employa ce moyen, mais sans succès. L'adhérence de l'uretère à un néoplasme a surtout lieu quand ce dernier prend de l'extension vers le bord utérin et la partie supérieure des culs-de-sac vaginaux. Terrillon (1) trouva chez une femme morte d'hémorrhagie cérébrale un kyste du ligament large comprimant l'uretère du côté droit au point qu'il y avait hydro-néphrose.

Pozzi cite plusieurs faits qui montrent que dans tous les cas de tumeurs enclavées, il faut redouter la compression des uretères et en rechercher le moindre signe.

Dans les inclusions complètes, l'utérus est en anté-position, attiré en haut par les attaches qui le retiennent à la trompe et à l'ovaire, il subit une sorte de déplacement progressif à mesure que le kyste se développe; de plus, son bord est quelquefois intimement uni à

(1) Terrillon. — *Gazette des hôpitaux*. 1884. 1^{er} mars.

la tumeur à tel point que la dissection la plus minutieuse ne peut l'en séparer.

Les vaisseaux sont dispersés au pourtour des tumeurs intraligamentaires, la vascularisation y est très importante et d'autant plus riche qu'on se rapproche du hile de l'ovaire, mais le principal danger siège au niveau du tissu cellulaire pelvien dans lequel se trouve refoulée une bonne partie du plexus pampiniforme. En gagnant vers le mésentère iliaque ou le mesocœcum une tumeur incluse contracte des rapports bien plus immédiats avec les uretères et les vaisseaux iliaques ; c'est par le mécanisme de la compression qu'elle exerce sur ces parties que l'on a constaté plusieurs fois l'anurie ou l'œdème des membres inférieurs. La compression sur les plexus nerveux est beaucoup plus rare, nous n'avons pu en trouver d'exemple.

Constitution des kystes. Dans ces derniers temps, l'étude des kystes a fait de tels progrès qu'il semble qu'on ne doive même plus rappeler les théories des premiers ovariotomistes, cependant de nombreux auteurs ont refusé d'abandonner entièrement les opinions qui régnaient au sujet de l'origine folliculaire des kystes, et nous avons cité plus haut les noms de Schatz, Schröder, Scanzoni comme étant les partisans de ces anciennes idées.

Depuis les travaux de Malassez et de Sinéty (1), en 1878, les idées sur l'origine des kystes ovariens se sont transformées, elles ont pris une direction véritablement scientifique, qu'il faut s'efforcer de ne point leur faire quitter. Sans nier les petits kystes folliculaires, dont le développement a été exposé plus haut d'après Rokitansky, Schröder et Scanzoni, Malassez et de Sinéty considèrent les ovaires kystiques comme étant de néoformation épithéliale. Le début de ces néoformations est marqué par l'invagination dans le parenchyme ovarien de l'épithélium germinatif qui recouvre l'ovaire sous forme de tubes analogues à ceux de Pflüger, mais revêtus d'un épithélium différent. Ces productions sont appelées par ces habiles histologistes « epitheliomas mucoïdes » à cause des ressemblances qui existent entre leur épithélium et celui des muqueuses normales. Etudiant les rapports des restes de l'épithélium de germe chez l'adulte, Waldeyer (2) avait déjà remarqué que ces éléments donnant

(1) De Sinéty et Malassez. Arch. de Physiologie, 1878.

(2) Waldeyer, cité par d'Antin, Thèse, Paris, 1882.

naissance à l'épithélium vibratile de la trompe, à celui des follicules de Graaf et au revêtement de l'ovaire, pouvaient bien aussi, par une évolution particulière, être le point de départ des kystes ovariens.

Malgré l'opinion contraire de Kapff, en 1872, la doctrine du néoplasme épithélial fit des progrès. Nous verrons qu'aujourd'hui elle nous a renseigné sur bien des points obscurs du pronostic.

Quant à la théorie de Rindfleisch (1), de Fœrster et de Klob, qui place l'origine des kystes dans le stroma ovarien, nous ne la discuterons pas. Celle de l'épithélium germinatif mettra beaucoup mieux au jour quelques particularités des kystes inclus.

Rokitansky (2), d'accord avec Virchow, a admis que des kystes peuvent se former aux dépens du corps jaune. Ils résultent de la transformation des grandes cellules décrites par Robin et qui renferment des granulations colorées, auxquelles le corps jaune doit son nom.

Nous avons étudié avec les causes pathologiques des inclusions, les dilatations lymphatiques dont le contenu se coagule après l'évacuation et nous avons prouvé que ces ectasies vasculaires sont indépendantes de l'ovaire.

Cruveilhier (3) croyait à une origine hématique. Son opinion n'a pas prévalu.

Si l'on admet une des théories précédentes, il faut supposer que les parois kystiques et le contenu changent complètement de caractère à mesure que la tumeur se développe, que du volume exigü d'une vésicule, ces kystes passent en peu de temps à celui d'une masse qui remplit l'abdomen. L'esprit se refuse à admettre de telles hypothèses. Que les kystes soient uniloculaires, pauciloculaires ou multiloculaires, ils ont la même origine et proviennent d'une invagination épithéliale dans le stroma ovarien; il se produit une greffe analogue à celles qui, à la surface de la peau ou dans l'iris, donne des tumeurs d'origine épithéliale, analogues aussi aux greffes péritonéales de Masse. A ces enfoncements de l'épithélium, sous forme de tubes, peuvent succéder des productions dermoïdes ou diverses variétés de kystes dont nous allons étudier

(1) Rindfleisch. Histologie, trad. française, p. 532.

(2) Rokitansky. Lehrbuch. der path. Anat. VIII, p. 419.

(3) Cruveilhier. Anat. path. T. III, p. 526.

bientôt la conformation intérieure. Comprise de cette façon, l'évolution kystique n'est autre qu'une véritable néoplasie dont les manifestations pourront revêtir quelquefois une forme maligne. Nous ne pouvons mieux faire pour peindre la marche de l'épithélioma mucoïde que de reproduire ici quelques lignes du travail si intéressant de MM. Malassez et de Sinéty : « Ce que l'on peut conclure, « c'est que ces kystes sont doués d'une faculté néoformative pour « de petits kystes accessoires. Ces derniers ont de la tendance à « s'ouvrir les uns dans les autres en limitant le processus néoformatif, et donnent alors le kyste uniloculaire, ou bien le processus « néoformatif continue et domine, on a alors un kyste multiloculaire. Ces néoformations sont des épithéliomas se développant « dans le sens des épithéliums normaux, et donnent lieu à des cavités muqueuses closes, ce sont donc des épithéliomas mucoïdes. « D'après cela on peut ajouter que les kystes multiloculaires sont « des épithéliomas mucoïdes en pleine activité et les uniloculaires « des épithéliomas éteints ou presque éteints. »

La vérité de ces conclusions est surabondamment prouvée par l'examen anatomique et clinique des kystes inclus ; c'est, en effet, dans cette variété de tumeurs que l'on rencontre les formes néoplasiques les plus malignes. Olshausen (1), sur 152 ovariectomies a rencontré 27 fois des kystes inclus, tous étaient des kystes proliférants à inclusion complète ou incomplète. Dans 100 de nos observations où la nature du kyste est relatée, nous trouvons seulement 9 kystes uniloculaires ; par contre, nous comptons 17 kystes aréolaires, 15 kystes papillaires ou végétants, 5 kystes dermoïdes et 54 kystes multiloculaires ou proliférants. On voit, par un simple coup d'œil, combien est fréquente, dans les cas que nous étudions, la forme vivace de l'épithélioma mucoïde. Pour Kaltenbach (2), l'absence de pédicule et l'inclusion des kystes seraient dues à la présence de ces « tumeurs malignes » qui se développent en suivant le trajet des vaisseaux. Sur les 22 kystes inclus que Péan rencontra dans sa première série d'ovariectomies (3), il eut affaire à 12 tumeurs kystiques de mauvaise nature, développées dans le ligament large, le bassin et le mésentère ; 7 étaient franchement kystiques, à contenu

(1) Olshausen. Klin. Beiträge z. Gynæk, und Geburtsh, p. 50, 1885.

(2) Kaltenbach. Zeits. f. Geburts. und Frauenk. Bd. I, H. 3, 1877.

(3) Péan. Clinique chir. T. I.

liquide chargé de pus et de cellules épithéliales. A leur base, se trouvait une surface plus ou moins épaisse, sorte de gâteau de substance encéphaloïde. Les 5 autres tumeurs étaient d'aspect colloïde.

Hugo Coblenz (1), dans sa classification des tumeurs ovariques en 7 variétés, en distingue une qui comprend les kystes du hile de l'ovaire, qui ont une grande tendance à se compliquer de formations papillaires ; ils ont, croit-il, pour origine les restes des cordons médullaires de Koelliker.

La plus grande malignité des kystes intraligamentaires n'a pas lieu d'étonner, quand on se représente la richesse de la région en vaisseaux lymphatiques et les rapports intimes qu'affectent généralement les tumeurs avec les replis péritonéaux. Un épithélioma, se développant sur le hile de l'ovaire et le long des réseaux vasculaires, prend vite une forme maligne, en raison de la nutrition exagérée dont il est doué ; il devient végétant ou papillaire. Ce sont ces variétés de tumeurs que Terrillon accusait récemment (société de chirurgie 1885), de produire les récidives après l'ovariotomie ; ce chirurgien rassemblait 46 cas où ce malheureux résultat se produisit, et il n'hésitait pas à dire que si, habituellement, la non-récidive existait, on le devait à la présence d'un mince pédicule. L'absence d'auto-inoculation dans la plaie pendant l'opération nous semble aussi, suivant le professeur Verneuil, pouvoir être mise en jeu ; du reste, on a fréquemment constaté des récidives dans les ganglions éloignés et dans les bords de la plaie abdominale.

Les kystes que l'on classe sous les dénominations d'uniloculaires, de multiloculaires, d'aréolaires sont regardés comme d'un pronostic à peu près bénin ; il n'en est plus de même de ceux qui prennent les formes végétantes ou papillaires bien décrites en Allemagne et classées en *Kystomes glandulaires* et en *Kystomes papillaires*. C'est au sujet de ces néoplasmes que récemment Malassez décrivait, outre l'épithélioma mucoïde, une variété mixte apte à dégénérer rapidement ou à rester stationnaire. Coblenz (2) nous renseigne sur les tumeurs papillaires des Allemands, que nous avons vues si souvent indiquées dans les observations de Schröder, d'Olshausen, de Schatz, etc., et qu'en France on décrit plutôt sous

(1) Coblenz. Zeits. f. Geburts, und Gynœk. Bd. VII. H. I.

(2) Coblenz. — Arch. f. path. anat. und Phys. T. 82, p. 268.

le nom de kyste végétant. Les kystes papillaires, dit cet auteur, ont un caractère de malignité très prononcé et sont d'un pronostic grave. Les papillomes ovariens peuvent s'étaler à la surface d'un kyste, comme ils se répandent dans son intérieur; ce fait s'explique par leur tendance à percer les parois.

En végétant en liberté dans la cavité péritonéale, ils prédisposent à la transplantation avec récurrence, à la transformation en forme polypeuse de l'adénome à cellules cylindriques et au développement du carcinome. On peut aussi rencontrer des végétations papillaires crétiées et marquées par des concrétions semblables à celles des psammomes. Il semble que le passage au véritable carcinome glandulaire se fasse primitivement dans les restes épars du corps de Wolff dans l'ovaire et par dégénération secondaire des kystes, papillomes, etc. C'est aussi l'opinion de Fischel (1) qui a trouvé dans certains kystomes ovariens les mêmes éléments que dans les kystomes parovariens et qui admet que ces productions, à leur origine dans l'ovaire, procèdent du même épithélium que celui des canalicules du corps de Wolff, ce qui explique la présence de cellules cylindriques à cils vibratiles à côté des éléments ovariens.

Koelliker et Beckmann affirment ce mode d'origine; ces auteurs l'ont constaté expérimentalement chez des chiennes et des juments. Il est fréquent de rencontrer des tumeurs mixtes compliquées des différentes formes intra-kystiques connues, mais le plus souvent, il faut aller chercher au niveau de la base d'implantation le gâteau néoplasique; nous voyons dès maintenant l'insuffisance des opérations incomplètes, leur danger même au point de vue pronostique. Il est à remarquer qu'on a rarement observé le passage du papillome ovarien au sarcome.

Olshausen (2) rapporte trois cas bien étudiés de papillomes ovariens, l'un fait partie de la collection du musée de Leipzig, les deux autres ont été observés par l'auteur lui-même dans sa pratique; nous regrettons de ne pouvoir accorder une plus large place à cette description, en raison de l'exiguité de notre cadre. Ces trois observations avaient trait à des kystes interligamentaires; dans la seconde (obs. 46), Olshausen rencontra deux kystes symétriques

(1) Fischel. — Arch. f. Gynæk. T. XV, p. 198.

(2) Olshausen. — In Pitha et Billroth. B. IV. 1879, p. 54.

qu'il ne put enlever entièrement. Le péritoine du bassin dégénéré portait de petites saillies papillaires disséminées, et, de chaque côté de l'utérus, les ligaments larges étaient distendus par d'énormes papillomes. Une figure très bien exécutée accompagne cette intéressante relation. Dans le troisième cas (obs. 47), l'opération dut se borner à un drainage, une fistule persista et, au bout de quelque temps, les végétations papillaires s'y développèrent et firent irruption à l'extérieur; on constata dans la suite de nombreux signes de généralisation. Olshausen raconte encore un fait de Spiegelberg où l'intervention fut nulle à cause de la forme maligne de la tumeur et de ses adhérences; l'analyse histologique, qui fut faite, démontra que toute la partie interne du kyste était recouverte de papilles ressemblant aux villosités choriales, encroûtées de part en part de matière calcaire.

Quelquefois, il peut coexister avec des tumeurs malignes des ovaires pédiculés et sans adhérences, de petites tumeurs secondaires et de véritables kystes disposés dans les ligaments larges; c'est ce qui se produisit dans le fait suivant dû à John Homans (1) :

Ce chirurgien fit sur une femme de 33 ans, qui avait déjà subi 2 ponctions, une laparotomie pour une tumeur abdominale. Les deux ovaires étaient malades; le gauche, plus dégénéré, présentait des végétations en choux-fleurs dans son intérieur et à sa surface. Les deux tumeurs étaient pédiculées, on ligatura ces pédicules et on les réduisit dans le ventre. Mort après 48 heures. A l'autopsie, on ne trouva plus trace des ovaires, mais dans le ligament large droit se trouvait un kyste de la grosseur d'une amande renfermant des papilles analogues à celles des tumeurs enlevées. Nul doute que ce kyste n'eût donné dans la suite lieu à une tumeur incluse.

Cet exemple, auquel nous pourrions en ajouter d'autres, montre que, sous l'influence d'une transplantation épithéliale à la surface du péritoine ou dans les ligaments larges, il peut se produire des kystes secondaires.

Castaneda (2) cite 4 observations où des kystes qui contenaient des éléments ovariens : cellules granuleuses à double contour, cellules étoilées et anastomosées, corps hyalins ou globules colloïdes

(1) John Homans. — Boston med. and surg. J. April 1874.

(2) Castaneda y Triana. — Thèse Paris, 1882.

de Spencer Wells, furent trouvés dans les ligaments larges sans connexion avec l'ovaire. Les kystes dermoïdes inclus dans les ligaments et trouvés souvent sans adhérences aux ovaires, doivent rentrer dans cette catégorie. Sur 188 cas de kystes dermoïdes, Lebert a pu prouver que 129 étaient nés de l'ovaire, les autres résultaient probablement, selon nous, d'une greffe épithéliale entre les feuillets péritonéaux. M. Alban Doran (1) lisait récemment à la société royale de médecine et de chirurgie de Londres un travail pour démontrer que beaucoup de kystes dermoïdes de l'abdomen tiraient leur origine de l'ovaire et étaient en réalité des kystes ovariens qui s'étaient séparés de leur lieu de naissance.

Beaucoup de kystes sont aréolaires au niveau de leur base d'implantation, contiennent dans leurs alvéoles une matière colloïde ou gélatineuse ; cette forme est loin d'être aussi dangereuse que la forme papillaire ; mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a une tendance à une formation néoplasique végétante qui participe de la marche de l'épithélioma mixte de Malassez, c'est-à-dire peut rester stationnaire ou peut proliférer très activement. Généralement, le gâteau aréolaire s'énuclée bien, tandis que le papillome ovarien a pu percer les parois kystiques et envahir les replis péritonéaux, comme dans les observations d'Olshausen. Pour bien faire connaître la constitution de ces villosités papillaires, nous allons rapporter en peu de lignes une observation de Breisky, citée par Fischel (2) dans son travail sur les kystes parovariens :

« Breisky rencontra chez la même malade deux tumeurs ovariennes incluses dans les ligaments larges. L'une de ces tumeurs, celle de droite, était constituée par l'ovaire hypertrophié ; elle mesurait 9 centimètres de diamètre ; celle de gauche mesurait 20 centimètres et était presque entièrement enveloppée par le péritoine. Son contenu était formé de kystes secondaires, dont la cavité était remplie d'excroissances papillaires baignant dans un liquide trouble, muqueux ou purulent. Au microscope, ces excroissances différaient peu des villosités chorales ; l'épithélium qui les recouvrait se composait de cellules cubiques, cylindriques et à cils vibratiles. On trou-

(1) Alban Doran. — Comm. à la Soc. royale de méd. et de chir. de Londres, in *Journal des soc. scientifiques*, 6 mai 1885.

(2) Fischel. — *Arch. f. Gynæk. B.* XV, p. 198. Analyse in Hayem. *Revue des sciences méd.*

vait en outre des cellules en massue, rappelant l'épithélium vésical. De cette couche épithéliale, on voyait s'élever des prolongements solides formés de cellules épithéliales rondes, sans stroma conjonctif. Au-dessous de l'épithélium, se trouvait un tissu connectif serré, à noyaux fusiformes, avec des lacunes rondes ou ovales, tapissées de cellules endothéliales anguleuses, à contours concaves, pouvant donner naissance dans la suite à des kystes secondaires.

Nous en avons assez dit sur la constitution générale de la majorité des kystes inclus, il nous reste à donner quelques détails sur les *parois de ces kystes* et sur *le liquide qu'ils contiennent*.

Paroi kystique. — La paroi kystique est constituée de dehors en dedans : 1° par les éléments du ligament large lui-même ; 2° par une couche fibreuse propre ; 3° par un revêtement épithélial.

Au chapitre de l'anatomie, nous avons décrit le feuillet ligamentaire, nous n'avons pas à y revenir, puisqu'il a gardé à la surface du kyste la même constitution, c'est-à-dire un épithélium séreux et des fibres lamineuses sous-jacentes réunies en faisceaux entrecroisés. Entre ces faisceaux distendus par la tumeur, au point que le feuillet péritonéal a perdu un tiers de son épaisseur, on trouve des fibres musculaires lisses en plus ou moins grande abondance qui forment, par endroits, aussi bien près du pédicule qu'au sommet de la tumeur, une couche continue, dont l'épaisseur varie avec le nombre de ces fibres et la grosseur du kyste. Ces éléments contractiles qui peuvent, en proliférant, donner naissance à des myomes ou à des fibromyomes, comme le dit Sænger (1), peuvent acquérir aussi assez d'importance à la surface des kystes pour gêner le développement de ces derniers, ou les faire disparaître par contraction réflexe après la ponction exploratrice (Spiegelberg et Fischel). Brunker, cité par Schatz, a rapporté un fait semblable. Entre cette couche fibro-musculaire et la paroi kystique, on rencontre habituellement une couche de tissu adipeux, à mailles très lâches, sous-péritonéal, apparaissant, quand on l'étire comme de minces filets fibreux sans grande résistance. Quand aucun processus inflammatoire n'est survenu à la surface du kyste, il permet au doigt introduit dans l'interstice cellulaire de contourner sans difficulté la tumeur incluse, en déchirant devant lui les fines travées celluluses. Au niveau du hile de l'ovaire, les adhérences sont

(1) Sænger. — Arch. f. Gynæk. T. XVI, p. 258.

généralement plus intimes et nécessitent le secours de l'instrument tranchant. Au niveau du tissu cellulaire pelvien, il existe comme une petite loge celluleuse supportant la base de la tumeur sans lui adhérer beaucoup.

En résumé, la tumeur incluse ainsi placée, peut être énucléée entièrement de sa loge en un tour de main, ne gardant plus que ses attaches originelles à l'ovaire. Les conditions sont bien différentes quand la paroi kystique s'est enflammée ou quand le contenu du kyste est purulent, alors le ligament large fait pour ainsi dire partie intégrante du kyste et ne peut en être séparé. Les productions papillaires à la surface ont même résultat ; c'est ce qui arrive encore quand l'inflammation est partie du péritoine ou des organes pelviens. Par ce rapide coup d'œil, nous voyons quelles funestes conséquences ces complications entraînent au point de vue du traitement.

La couche fibreuse propre du kyste peut être considérée, d'après MM. Malassez et de Sinéty (1), comme formée au voisinage du point d'implantation par 3 couches : deux fibreuses, l'interne et l'externe, une moyenne celluleuse où serpentent les vaisseaux. Sur le reste de la tumeur, la couche moyenne manque ; cela n'empêche pas la vascularisation d'y être assez riche et bien fournie surtout en vaisseaux lymphatiques, ce qui peut, dit Cruveilhier (2), expliquer jusqu'à un certain point la facilité avec laquelle les kystes de l'ovaire s'enflamment.

La couche épithéliale interne est composée de cellules de différentes formes : cylindriques, à cils vibratiles, plates, caliciformes, irrégulières, généralement d'aspect varié. Ce sont des épithéliums métatypiques, par analogie avec les cellules de l'épithélioma ordinaire comparées à celles de la généralisation cancéreuse ou du carcinome (Rindfleisch, Thiersch, Waldeyer, Malassez). Ces cellules épithéliales se combinant de mille façons, s'entremêlant à du tissu fibreux, constituent sur la paroi interne des kystes accessoires, des papilles ou de simples végétations. Quant aux kystes accessoires, on admet qu'ils sont formés par l'épithélium proliférant des parois ou aussi par l'invagination de toute la paroi du kyste en forme de doigt de gant, suivant des processus encore

(1) Malassez et de Sinéty. — Arch. de Physiologie. 1881, p. 344.

(2) Cruveilhier. — Anat. path. T. II, p. 44.

discutés et que nous n'aborderons pas. Les parois de ces kystes internes sont constituées comme celles du kyste qui les a produits, elles peuvent proliférer ou disparaître à leur tour.

Le contenu des kystes interligamentaires peut être solide, demi-solide ou liquide. Les kystes dermoïdes, d'ordinaire petits, contiennent dans leur poche généralement uniloculaire et revêtue de couches stratifiées d'épithélium pavimenteux, une matière grasse, jaunâtre, rappelant la consistance et l'aspect de l'axonge, au milieu de laquelle peuvent être mélangés des poils, des dents, des muscles, des nerfs et un certain nombre d'éléments cutanés.

Les autres kystes ovariens renferment des liquides qui varient souvent d'aspect et de consistance quand on passe d'une poche kystique à une autre. Les caractères que l'on avait assignés au liquide ovarien pour le différencier du liquide des kystes parovariens (Lesavre) (1), ne sont pas caractéristiques et Fischel, d'accord avec de Sinéty, signale les corps granuleux, la paralbumine, la couleur transparente, les épithéliums cylindriques et caliciformes comme pouvant exister dans les deux variétés. Galabin (2) cite un cas de kyste de l'ovaire multiloculaire qui contenait un liquide clair comme de l'eau avec des traces d'albumine. Duplay (3) en cite un autre cas dans son travail sur les kystes du ligament large ; enfin, Castenada reconnaît qu'il peut y avoir des kystes à contenu séreux uniloculaires de l'ovaire. Dans les kystes multiloculaires, il arrive souvent qu'une des loges, la plus grande, soit remplie d'un liquide clair ou tout au moins peu épais, tandis que les petits kystes renferment un magma gélatineux ou muqueux. Les kystes aréolaires ont plutôt un contenu colloïde, se concrétant facilement. Inutile de dire que dans tous ces liquides, on peut retrouver les traces d'hémorrhagies intrakystiques anciennes ou récentes.

La disposition des enveloppes péritonéales qui recouvrent le kyste n'est pas toujours aussi simple ; cela tient aux inflammations qui surviennent à sa surface et déterminent des *adhérences*. Autrefois, on ne connaissait qu'une variété d'adhérences et sous ce nom on désignait tous les rapports anormaux qu'affectaient les tumeurs avec les différents viscères abdominaux ; les kystes inclus étaient

(1) Lesavre. — Kystes parovariens. Thèse, Paris 1879.

(2) Galabin. — *Americ. J. of obstetric.* 1879, p. 345, cité par Duplay. *Arch. de Tocologie*, 1882.

(3) Duplay. — *Arch. de Tocologie*, 1882.

considérés comme adhérents aux organes pelviens et on n'essayait même pas de les extirper entièrement.

Les funestes conséquences de cette erreur n'avaient pas peu contribué à vulgariser la pratique des opérations incomplètes, et quand on se rendit mieux compte de l'anatomie des tumeurs pelviennes, on fut surpris de la simplicité souvent très grande des connexions interligamentaires. C'est alors que l'on divisa les adhérences, en *adhérences anatomiques* et en *adhérences inflammatoires*.

La fréquence des premières est loin d'exclure la possibilité des secondes et il n'est pas de chirurgien qui n'ait su différencier, au cours d'une ovariectomie, celles-ci de celles-là ; le plus souvent, en effet, elles coexistent ensemble, c'est-à-dire que l'inflammation peut n'agir que sur des points circonscrits. Suivant que les inclusions sont complètes ou incomplètes, nous avons à envisager les conséquences des adhérences, leur mode de production, les changements qu'elles peuvent amener dans la vascularisation de la région. Laissant de côté les adhérences dites anatomiques qui ne sont autre chose que l'état habituel sous lequel on rencontre les tumeurs incluses, nous devons nous demander sous quelle influence apparaissent les adhérences inflammatoires à la surface des kystes inclus. Quand on cherche à expliquer la production des exsudats plastiques sur les parois des néoplasmes intrapéritonéaux, on invoque une foule d'arguments, comme l'irritation produite par les mouvements, le travail, le déplacement de la tumeur, par la torsion du pédicule, etc., arguments dont le rôle est bien évident. Mais dans les inclusions complètes, cette explication n'est plus plausible, car il n'existe aucun déplacement du kyste proprement dit sur le feuillet ligamentaire qui l'enveloppe ; tout au plus peut-on comprendre par ce mécanisme les adhérences qui se produisent entre le péritoine pelvien ou pariétal et le revêtement séreux du kyste. Il arrive quelquefois, quand on cherche à énucléer un kyste inclus, que les adhérences ont rendu l'opération impossible par la fusion de la coque séreuse avec la paroi kystique, soit à la faveur d'une inflammation voisine ou d'une péritonite localisée. Que les adhérences aient lieu entre les feuillets péritonéaux eux-mêmes, l'inconvénient n'est pas considérable, si la tumeur est petite et peut être énucléée ; il n'en est pas de même si l'énucléation est impossible et si le processus pathologique a créé d'étroites connexions.

Cruveilhier (1) expliquait les adhérences par une inflammation siégeant sur la couche fibreuse externe du kyste, il attribuait aux réseaux lymphatiques et sanguins qui sillonnent la coque de la tumeur un rôle prépondérant ; cette explication n'est pas sans une certaine valeur surtout en raison de l'excès de nutrition qui se produit dans l'appareil utéro-ovarien et de la propagation possible des irritations péri-utérines.

Kœberlé (2) explique toutes les adhérences par le même mécanisme ; elles sont dues à l'organisation du sang qui s'épanche à la surface du kyste sous forme de petits foyers hémorrhagiques causés par l'éclatement de l'enveloppe fibreuse sous l'influence de la distension et du développement du néoplasme et sous l'influence des règles. Schutzenberger croyait plutôt que c'était l'irritation produite par l'épanchement de sang qui provoquait la formation de fausses membranes.

Quoi qu'il en soit, la stratification des couches fibrineuses destinées à constituer les adhérences est évidente au début de leur formation, et on peut vérifier qu'après certaines circonstances mécaniques ou traumatiques, le caillot déterminé par des déchirures externes à la surface du kyste fait adhérer à ce dernier indistinctement tous les organes avec lesquels il est en rapport. Il est plus rare, dit Kœberlé, que les adhérences soient consécutives à une inflammation locale.

Cependant pour les kystes inclus, nous devons tenir compte des processus péritonitiques qui se transmettent si facilement, en raison du contact intime, aux enveloppes du kyste ; nous devons indiquer aussi l'influence des inflammations circonvoisines qui causent souvent des suppurations intrakystiques, comme on en trouve de nombreux exemples dans notre série d'observations. De la formation des adhérences par couches stratifiées fibrineuses successives, découlent d'importantes considérations ; on sait en effet, que l'organisation de ces produits morbides est assez lente, qu'au début, par exemple, ils se laissent facilement détacher de la surface sur laquelle ils reposent et qu'il faut un temps relativement long pour qu'ils contractent d'étroites liaisons vasculaires avec les parties sous-jacentes. Il suit de là que le détachement de ces fausses mem-

(1) Cruveilhier. Anat. path. T. II, p. 44.

(2) Kœberlé. Mém. de la Soc. de méd. de Strasbourg, 20 fév. 1868.

branes sera facile, sans le secours de l'instrument tranchant, au début de leur formation ; mais si l'on attend plus tard, à l'époque de leur constitution fibreuse et au moment où des vaisseaux assez volumineux les parcourent, alors il est nécessaire d'employer divers moyens de traitement que nous aurons à décrire plus loin. L'intensité de l'inflammation, l'importance des petites hémorrhagies à la surface du kyste doivent aussi entrer en considération pour expliquer la multiplicité et la forme des adhérences, celles qui résultent de péritonites locales généralement lâches au début s'organisent souvent en masse plus tard et sont la source de bien des difficultés, celles qui succèdent à des hémorrhagies, à des causes mécaniques ou traumatiques sont plus limitées, ont souvent une forme fasciculée, unissant le kyste à l'intestin, à l'épiploon, aux parois abdominales ou à un viscère quelconque. Les adhérences des kystes inclus avec leur revêtement ligamentaire sont souvent plus embarrassantes, en ce qu'elles sont plus étalées, plus générales et plus intimes, aussi plus vasculaires ; quiconque a vu énucléer un de ces kystes adhérent au ligament large ou au tissu cellulaire du plancher du bassin, a pu se rendre compte de l'importance des hémorrhagies en nappe qui peuvent survenir et constituent une des plus graves complications de l'inclusion ligamentaire. Les adhérences du petit bassin sont les plus dangereuses, dit Olshausen (1), la fréquence des pelvipéritonites explique les adhérences pelviennes généralisées que l'on observe si souvent dans les cas de tumeurs incluses doubles ou même simples, alors que la vessie, la matrice, le rectum ne font qu'une même masse avec le néoplasme ; ce sont là de véritables exsudats inflammatoires chroniques qui s'organisent d'autant plus facilement que la vascularisation de ces parties est plus abondante.

Au chapitre du traitement, nous étudierons plus attentivement toutes les formes d'adhérences abdominales et surtout pelviennes ainsi que les moyens d'y obvier.

(1) Olshausen. Klinischer Vorträge. Volkmann. N° 111.

SYMPTOMES

Les symptômes fournis par les kystes inclus varient selon la période de la maladie ; ils ont quelques caractères spéciaux, mais il en est d'autres qu'ils partagent avec les kystes de l'ovaire ordinaires sur lesquels, d'après notre plan, nous ne nous arrêterons pas.

Les tumeurs ligamentaires ont un développement généralement très lent ; pendant longtemps elles passent inaperçues, ce qui tient à leur siège dans le bassin et au peu de gêne qu'elles causent au début. Quand les malades accusent un sentiment de pesanteur dans le bassin et des douleurs lombaires, la néoformation est déjà assez volumineuse pour que la palpation la révèle facilement. La rapidité d'évolution dépend surtout de la nature de la tumeur, et Olshausen (1) a remarqué bien des fois qu'elle reste souvent stationnaire dans les cas de kystes uniloculaires (hydrops folliculorum), tandis que dans les kystes proliférants, elle est relativement plus marquée. Ce qui fait la lenteur des néoformations kystiques ligamentaires, c'est la difficulté qu'elles éprouvent à se développer en repoussant les parties voisines, elles rencontrent des obstacles qui arrêtent souvent la sécrétion dans les kystes ou obligent ces derniers à prendre leur expansion d'une façon anormale. Cependant, dès que tout empêchement à la distension ligamentaire a disparu, quand l'inclusion est incomplète, alors la marche est plus rapide, et en un temps assez court, la tumeur arrive à un volume énorme ; c'est

(1) Olshausen. — Pitha et Billroth. Bd. IV, p. 113.

ce qui se produit le plus souvent, nous l'avons constaté dans l'observation qui a donné l'idée de ce travail, dans laquelle, en huit mois, d'un volume négligeable, le kyste avait passé à celui d'une énorme tumeur abdominale. Quand ces néoplasmes acquièrent la grosseur du poing, on peut déjà les constater à la palpation; on les trouve, non au niveau de la fosse iliaque, comme dans les kystes ovariens ordinaires, mais dans le bassin à la hauteur de la ligne innommée; si, dès lors, on suit leur développement, on les voit peu à peu s'accroître en tous sens, vers le plancher pelvien, où l'exploration vaginale ou rectale les fait sentir et vers la cavité abdominale. On remarque, dès le début, une grande fixité de ces tumeurs, elles se déplacent difficilement sous l'impulsion de la main, à cause de leur prolongement pelvien, et paraissent ne pas porter de bosselures à leur surface; ce dernier fait s'explique par la présence du feuillet ligamentaire qui empêche de sentir les irrégularités de la paroi kystique.

Le ventre ne prend pas l'aspect conique habituel aux tumeurs ovariens; il est plus étalé, souvent plus asymétrique, la tuméfaction semblant n'occuper qu'un côté; la cause de ces particularités réside dans les connexions de la tumeur avec le péritoine du bassin, connexions assez puissantes pour empêcher le néoplasme de tomber en avant contre la paroi abdominale antérieure.

Tant que le kyste n'a pas acquis un volume exagéré et qu'il n'a pas atteint les hypochondres, les troubles organiques sont peu prononcés; les désordres causés du côté des organes pelviens sont quelquefois considérables de bonne heure, surtout chez les jeunes filles dont les kystes grossissent plus vite, dit Boinet (1), que ceux des femmes âgées. On constate alors des déplacements de l'utérus; des compressions de la vessie et du rectum, des obstacles à la circulation dans les membres inférieurs et des symptômes rénaux. Joignons à cela la présence d'un épanchement ascitique abondant qui coïncide avec un obstacle à la circulation abdominale ou la présence de certaines tumeurs libres du péritoine d'origine papillaire (Coblenz).

Rarement, dans les cas d'inclusion complète ou incomplète, l'utérus occupe sa position normale; le plus souvent, dit Duplay (2),

(1) Boinet. — Maladies des ovaires, p. 248.

(2) Duplay. — Kystes des ligaments larges. Arch. de médecine, 1882.

le col de l'organe est fortement remonté ; faisons cependant observer de suite que, s'il y a tumeur double, la matrice gardera sa place habituelle ou sera très peu déviée. Suivant la tendance du kyste à s'accroître aux dépens du feuillet antérieur ou du feuillet postérieur du ligament large, le corps utérin se portera en arrière vers le rectum (rétroversion) ou en avant vers la vessie, antéversion). A ces deux déviations, s'en ajoutent ordinairement d'autres. La latéroversion est assez fréquente. Izenard (1), en 1876, en rapportait un bel exemple observé dans une autopsie et produit par la présence d'un kyste du ligament large gauche ; l'utérus avait une position presque horizontale et adhéraît très intimement à la tumeur.

On observe rarement un abaissement de la matrice ; ce déplacement serait possible, d'après Duplay, nous n'en avons rencontré aucune preuve. Mais la déviation la plus fréquente, la plus caractéristique des enclavements ligamentaires, c'est l'élévation de l'utérus qui se présente à différents degrés et existe presque toujours. On comprend, en effet, que toute traction exercée par la tumeur sur la trompe ou sur le ligament utéro-ovarien doive produire l'élévation de la matrice et son antéposition (Schultze) (2) compliquée quelquefois d'un déplacement latéral, comme dans le cas de Monsieur le professeur Gross ; du reste, il semble que le néoplasme placé sur le plancher pelvien au-dessous des organes qu'il supporte les soulève tous en masse en se développant, et pervertisse tous les rapports anatomiques. Au toucher vaginal, le col est très élevé, regardant en arrière ou en avant, quelquefois placé derrière le pubis ; les culs-de-sac sont tendus par le tiraillement exercé sur la matrice, ils sont rénitents.

Si la tumeur a atteint le fond du bassin, on trouve généralement le cul-de-sac du côté correspondant distendu, faisant saillie dans le vagin dont il obture rarement toute la largeur, d'autres fois ce sont les culs-de-sac postérieur ou antérieur qui sont envahis. Olshausen (3) a vu plusieurs cas où le col utérin avait été seul repoussé du côté sain, tandis que le fond de l'organe avait été maintenu en place par ses ligaments ; ce fait ne peut se produire que

(1) Izenard. — Progrès médical, 1876, p. 134.

(2) Schultze. — Traité des déviations utérines, trad. Hergott. 1884. p. 152.

(3) Olshausen. — Pitha et Billroth. Bd. IV, p. 118.

dans le cas d'une tumeur petite et sous-péritonéale. Nous voyons, en résumé, qu'aux formes multiples des inclusions ligamentaires correspondent des déviations multiples de l'utérus, que ces déviations se combinent entre elles pour donner à l'organe une série de positions que le chirurgien n'aura pas de peine à reconnaître en général.

L'élévation, qui est la dislocation la plus fréquente, s'apprécie avec sûreté par la palpation au-dessus du pubis, elle est un signe précieux des complications pelviennes.

Les fonctions utérines sont généralement perverties, et on le conçoit facilement, en raison des déviations souvent très-considérables que l'on observe. Cependant Atlee (1) cite une observation (obs. 31 d'Atlee) d'un kyste inclus très volumineux qui ne détermina aucun trouble menstruel et Gallez (2) prouve, par des statistiques nombreuses de Negroni et de West, que la menstruation peut exister dans tous les kystes de l'ovaire jusqu'à la fin. Winckel (3) a vu la menstruation rester régulière chez deux femmes qui portaient des kystes interligamentaires du volume d'une tête d'adulte, mais il admet qu'en général les périodes cataméniales deviennent irrégulières au début, puis finissent par disparaître. Beigel et Olshausen ont cité des cas nombreux où il n'y eut que de la dysménorrhée.

Dans l'observation recueillie dans le service de Monsieur le professeur Gross, on a noté chez la malade l'absence du faciès ovarien, qui manque presque régulièrement dans les cas de kystes des ligaments larges; ce phénomène est resté jusqu'ici sans explication plausible.

Nous ne voulons pas traiter dans ce travail les rapports des kystes inclus avec la grossesse, ni les conséquences que ces complications peuvent entraîner; ce sujet étant trop vaste, nous ne pouvons le comprendre dans notre cadre.

La vessie est soumise, peut-être plus que tout autre organe pelvien, aux influences de voisinage des tumeurs incluses, parce que, maintenue par des attaches invariables, elle ne peut se soustraire à la compression ou aux adhérences. On constate presque constam-

(1) Atlee. — Ovarian tumors. Philadelphia 1873, p. 115.

(2) Gallez. — Hist. des kystes de l'ovaire. Bruxelles, p. 105.

(3) Winckel. — Path. der weibl. sex. organe.

ment une fréquence dans la miction ou de la rétention d'urine, quelquefois la quantité d'urine est de beaucoup diminuée. La compression vésicale peut être directe et produite par la tumeur ou indirecte et produite par l'utérus placé en antéverson, alors la distension du réservoir urinaire est impossible, il est réduit presque à une cavité virtuelle. Dans d'autres conditions, la déviation de l'utérus, le déplissement du cul-de-sac vésico-utérin par la tumeur peuvent déterminer un léger soulèvement de la vessie, même un petit déplacement latéral ; on vérifie ces faits par l'examen du plancher vésico-vaginal qui paraît raccourci, tiré vers le haut et aussi par la direction du canal de l'urèthre qui est plus ou moins courbé et ne peut plus livrer passage à l'urine.

Les symptômes d'anurie peuvent tenir à la compression des urètres ; ce fait n'est pas très rare, et Terrillon (4), l'année dernière, communiquait encore l'observation d'une femme de 52 ans, atteinte d'un kyste ovarique qui comprimait l'uretère droit et avait produit une hydronéphrose. Des signes suspects du côté des reins devront toujours éveiller l'attention sur l'éventualité possible de la compression des urètres et la distinction pourra presque toujours être établie avec la compression vésicale.

La compression du *rectum* est une conséquence presque forcée du déplissement du mésentère par le kyste, elle arrive aussi quand ce dernier a décollé le cul-de-sac recto-utérin et s'est développé dans le voisinage de l'extrémité inférieure du rectum. Il résulte de ces complications, une constipation continuelle, opiniâtre, alternant avec de rares crises diarrhéiques et des troubles digestifs, dans un cas de Schröder les efforts de défécation avaient déterminé un prolapsus du rectum, dans une autre observation, un prolongement de la tumeur s'était glissé jusqu'à la région anale. La dyspepsie, les vomissements, les crises intestinales douloureuses sont notées dans la plupart des observations qui relatent des compressions avec le rectum ou l'S iliaque. Le toucher rectal peut faire sentir alors une saillie de la tumeur dans la lumière de l'ampoule et une déviation du canal intestinal en avant résultant du déplacement que lui fait subir le néoplasme invaginé dans son méso.

Il suffit de la présence dans les ligaments larges d'une tumeur même peu volumineuse pour que les *artères* et les *veines* pren-

(4) Terrillon. — Gazette des hôpitaux, 1884.

nent une amplitude plus grande, afin de suffir à la nutrition des parties nouvelles ; le plexus pampiniforme devient plus considérable, ses veines présentent même de nombreuses dilatations variqueuses. Si dans de telles circonstances, la compression des vaisseaux hypogastriques, par exemple, crée un obstacle au retour du sang veineux, la pression intraveineuse augmentée se créera une voie de décharge collatérale par l'intermédiaire des veines de la paroi abdominale, qui apparaîtront sous forme de réseaux plus ou moins dilatés. Mais la compression peut s'exercer sur les vaisseaux plus considérables du membre inférieur, surtout quand le kyste a décollé le péritoine jusqu'à se mettre en contact avec l'aponévrose du psoas iliaque, alors survient un œdème d'un membre ou même des deux membres inférieurs. La plupart des observations que nous avons recueillies manquant de détails suffisants, nous n'avons pu trouver d'exemple de ces compressions vasculaires. Quant aux compressions nerveuses, elles se traduisent par des symptômes que le malade accuse lui-même et qui sont presque constants ; ce sont presque toujours des douleurs dans la cuisse et la partie postérieure du membre ; elles sont dues à la compression des plexus ou des nerfs lombaires. Il ne faut pas confondre ces douleurs avec celles qui ont pour siège le bassin ou la région abdominale, car ces dernières sont généralement le signe d'une péritonite.

DIAGNOSTIC

Les difficultés du diagnostic des tumeurs incluses varient, selon que la tumeur est encore située dans le bassin, cas où elle est généralement méconnue, ou selon qu'elle a quitté le petit bassin pour se loger dans l'abdomen. Nous renvoyons le lecteur aux traités de gynécologie et en particulier au traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus de Spencer Wells pour l'étude du diagnostic des kystes de l'ovaire en général, car nous ne voulons traiter dans ce court travail que les points relatifs aux kystes inclus et les caractères qui permettent de les reconnaître avant l'intervention opératoire. Ce n'est pas chose facile de diagnostiquer une inclusion kystique et nous éprouvons, avant de traiter ce chapitre et celui du traitement, une grande hésitation, nous demandant si nous serons à la hauteur de notre tâche dans l'exposé que nous allons faire. Pour qui connaît les incertitudes du diagnostic dans les affections de l'abdomen et dans celle de l'ovaire en particulier, il n'est pas besoin de répéter cet axiôme des premiers ovariétomistes ; qu'il faut s'attendre, pendant une ovariétomie, aux complications les plus dangereuses, en dépit des examens antérieurs les plus précis. Malgré les progrès de la science, cette vérité est restée entière et nous ne craignons pas de dire que les kystes inclus seront aussi souvent reconnus pendant l'opération que soupçonnés avant.

Lorsque le chirurgien, après l'examen d'une tumeur abdominale,

a affirmé la présence d'un kyste, il a dû employer pour arriver à ce diagnostic, les différentes ressources que procurent la palpation, l'exploration attentive des fonctions organiques et les signes commémoratifs ; mais il n'a pas accompli tout son devoir, il doit vérifier l'absence des complications et, entr'autres, celles des inclusions ligamentaires. Il possède plusieurs méthodes pour y arriver et ces méthodes consistent dans la recherche des symptômes que nous avons exposés au chapitre précédent. La palpation et l'exploration vaginale et rectale sont les deux modes d'examen les plus utiles et les plus nécessaires. Dans le cas de tumeur commençante, ces deux moyens peuvent se trouver en défaut, mais il est rare qu'à ce moment, le chirurgien soit consulté, la malade n'ayant encore ressenti aucune gêne.

La *palpation abdominale* faite avec attention peut reconnaître dans le cas d'une tumeur petite qui n'a pas encore quitté l'excavation, un noyau dur placé d'un côté de l'utérus, qui est peut-être déjà dévié ; si la tumeur est plus volumineuse, on pourra limiter sa surface et sentir souvent à sa partie antérieure, immédiatement au-dessus du pubis, un corps dur, oblong, mobile ou non qui donne tout-à-fait la sensation de l'utérus ectopié, puis plus haut sur la face antérieure du kyste une *corde* assez mince partant du sommet de la saillie inférieure et se dirigeant de bas en haut ; c'est la trompe. Ce sont déjà là des caractères qui doivent donner l'éveil, s'ils n'ont pas de valeur pathognomonique ; toutefois, de leur absence, il ne faudrait pas conclure à une non-inclusion puisque nous avons vu que l'utérus pouvait rester à sa place et la tumeur se borner à prendre sur le ligament une large base d'implantation. La palpation renseigne aussi sur la consistance de la tumeur, sur les bosselures de sa surface et permet dans les cas de sensation de dureté osseuse de songer à un kyste dermoïde ou à une tumeur maligne ; elle a enfin pour but, comme nous le verrons tout-à-l'heure, de rechercher la présence d'adhérences.

La *percussion* éclaire sur la forme de la tumeur en déterminant des zones de matité et de sonorité, sur les rapports des intestins avec le kyste, sur la présence d'ascite, etc.

L'*auscultation* rend des services au point de vue du diagnostic des kystes inclus, en ce qu'elle peut donner d'utiles indices sur la présence de vaisseaux venant du pédicule ou du ligament large à la surface de la tumeur ; elle peut même faire songer à une

variété d'inclusion plutôt qu'à une autre, par la disposition des vaisseaux. Nous avouons que l'auscultation est souvent trop subtile pour donner de bons renseignements.

L'*exploration vaginale* est le plus sûr moyen d'arriver au diagnostic des inclusions ligamentaires. Au chapitre de l'anatomie pathologique, nous avons établi que les kystes n'arrivaient pas toujours au contact du plancher pelvien et que, dans cette catégorie, rentraient les kystes à inclusion incomplète ; ceux à inclusion complète reposaient bien plus souvent sur le tissu cellulaire sous-péritonéal. Il suit de là que, à part la première variété, les culs-de-sac vaginaux pourront être plus ou moins distendus par les prolongements néoplasiques. En tous cas, le doigt pourra presque toujours refouler assez haut les parois vaginales, pour sentir le fond de la tumeur et même percevoir, par la manœuvre habituelle, la fluctuation, si elle existe. Quand le kyste fait relief dans le vagin, il peut déprimer les culs-de-sac supérieur ou postérieur ou bien les culs-de-sac latéraux ; c'est le plus souvent sur une des parois latérales que l'on constate la saillie. Il faut bien considérer, dit Spencer Wells, que le cul-de-sac de Douglas peut être rempli par des anses d'intestin grêle qui donnent souvent une sensation de semi-fluctuation et il est nécessaire d'avoir beaucoup de tact et d'expérience pour reconnaître la nature de la tuméfaction au toucher. On a maints exemples, en effet, d'erreurs de diagnostic et même de manœuvres opératoires imprudentes, exécutées sans réflexion dans ces régions. La fluctuation perçue au niveau des culs-de-sac latéraux indique plus sûrement la présence d'un prolongement kystique, cependant il faut tenir compte aussi de la possibilité d'une hématocele, d'un abcès ou même de dilatations lymphatiques, comme nous en avons signalé plus haut. Le cul-de-sac de Douglas peut encore être refoulé jusque dans le vagin par un kyste séparé ou encore par une tumeur fibreuse comme Monsieur Gross en a observé un exemple. Dans ces circonstances, la palpation abdominale sera d'un grand secours. Il est assez rare que le cul-de-sac supérieur soit refoulé par une portion de tumeur, en raison du peu d'espace qui y existe et de la présence de l'utérus.

Après avoir constaté les rapports du kyste avec le vagin, le doigt introduit dans le canal génital doit se rendre compte de la situation du col utérin, de sa hauteur, de sa direction comparée à celle du corps de l'organe et enfin des attaches de la matrice à la

tumeur. Rarement on trouvera un abaissement en masse ou même un prolapsus utérin ; cependant il faut s'attendre aux circonstances les plus extraordinaires. Olshausen (1) parle d'une « dislocation » de l'ovaire dégénéré, qui, après avoir soulevé l'utérus, perforé le repli de Douglas et le cul-de-sac postérieur, était venu s'étaler à l'ouverture du vagin sous forme d'une tumeur du volume du poing. Nous trouverons des exemples d'ouverture de kystes dans le vagin, mais cette opération doit passer comme exceptionnelle, de même que les deux faits analogues rapportés par Luschka et Berry (2).

L'élévation de la matrice au-dessus du petit bassin et en avant de la tumeur, étant le déplacement le plus fréquent, on sentira le col derrière le pubis et presque toujours dévié latéralement, à moins qu'on ait affaire à une tumeur double, cas où les luxations utérines sont toujours peu prononcées.

Les autres positions anormales de la matrice sont l'antéversion et la rétroversion ou les flexions en avant et en arrière, qu'il faut se garder de confondre, au toucher, avec des prolongements néoplasiques dans les culs-de-sac, erreur facile à commettre, si l'on réfléchit que la consistance d'une tumeur aréolaire différera peu de celle du fond utérin. Quand on trouve une élévation ou une déviation de la matrice, il faut chercher aussitôt la tumeur qui a causé le déplacement, on la trouvera, en général, de suite par le toucher, à moins que l'inclusion ne soit incomplète et que la tumeur, s'étant surtout développée au-dessus du détroit supérieur, n'ait entraîné la matrice, par un processus analogue à celui qui se passe pour l'utérus gravide.

On ne doit pas oublier de rechercher la mobilité de l'utérus sur la tumeur, non pas que l'immobilité de l'organe signifie toujours qu'il y a eu péritonite antérieure, comme le prétend Terrillon (3), ou qu'il y a adhérences, car il est fort possible, par exemple, que l'utérus pris entre la paroi abdominale, le pubis et la tumeur ne puisse être mû à cause de la fixité des parties qui l'entourent.

Cependant, quand la mobilité existe, on peut être à peu près certain de l'absence de fortes adhérences, surtout si des mouvements communiqués au col se transmettent facilement au corps. Le tou-

(1) Olshausen. Pitha et Billroth. p. 119. Bd. IV.

(2) Berry. London Obstetric. Transac. VIII. p. 261. Cité par Olshausen.

(3) Terrillon. — Revue de chirurgie, 1884, p. 118.

cher vaginal aidé de la palpation et dans certains cas, de la sonde utérine, est à peu près le seul moyen que nous ayons à notre disposition pour reconnaître les adhérences utérines ; on comprend qu'il soit souvent en défaut et que le chirurgien soit forcé de commencer son opération sans renseignements certains. Quand, par exemple, la tumeur décollant le feuillet postérieur et le cul-de-sac de Douglas, s'est invaginée dans le mésentère iliaque, elle peut repousser l'utérus en avant en antéversion et l'immobiliser dans cette position sans que pour cela l'existence d'adhérences soit certaine ; il en est de même pour la rétroversion. Nous allons bientôt voir, si d'autres méthodes d'exploration seront plus précises.

Le *toucher rectal* isolé ne donne que de faibles indices sur la présence d'une tumeur ligamentaire, mais, uni aux autres moyens d'exploration, il est d'un précieux secours. Il permet d'abord, si la tumeur n'est pas trop élevée, de s'assurer de ses connexions, de sa consistance, de reconnaître ses rapports avec le rectum, de voir si ce dernier est dévié en avant ou latéralement et, par conséquent, s'il y a décollement du mésentère et du cul-de-sac de Douglas, ou simple compression de l'intestin contre le sacrum. L'exploration par l'introduction forcée de la main et même de l'avant-bras, par la méthode de Simon (1), ne peut être autorisée que dans les cas où le diagnostic, en suspens, doit nécessairement être posé ; alors on peut, par ce moyen, explorer l'S iliaque et vérifier les rapports de la tumeur ; jamais on ne devra pousser l'examen jusqu'à rechercher les adhérences du colon descendant avec le néoplasme, comme quelques chirurgiens allemands et anglais l'ont fait dans ces derniers temps. Lowenhardt prétend que l'exploration des ovaires ne peut être pratiquée avec fruit que par le rectum ; cependant, il nous semble difficile d'atteindre ce résultat, à moins d'une grande habitude et si la glande n'est pas fortement congestionnée ou augmentée de volume.

Nous avons cherché à explorer les ovaires sur le cadavre, nous n'avons jamais pu y réussir, peut-être à cause de la flaccidité des parties et des changements de rapports qui surviennent toujours après la mort. Quoi qu'il en soit, on pourra peut-être se rendre compte dans certains cas de la situation de l'ovaire par rapport à la tumeur, vérifier, par conséquent, si la tumeur est ovarique ou si l'ovaire du côté sain est dégénéré.

(1) Simon. — Arch. f. Klinische, Chir. T. XV.

Dans le cas de tumeur maligne, papillaire ou cancéreuse, de kyste dermoïde ou dans le cas de kyste proliférant ou aréolaire, le toucher rectal et le toucher vaginal seront de précieux auxiliaires; ils donneront même une quasi certitude, parce que l'on apprécie ordinairement beaucoup mieux une tumeur dure qu'une tumeur fluctuante, une tumeur bosselée qui a envahi les parties voisines qu'un prolongement kystique qui déprime seulement les parois vaginale ou rectale. Si le kyste est uniloculaire, la sensation du choc produit sur la paroi abdominale et communiqué jusqu'au doigt introduit dans le rectum ou le vagin, est facile à percevoir; mais comme les kystes inclus uniloculaires sont assez rares (9 cas sur 123), on n'aura presque jamais l'occasion de rencontrer ce phénomène; dans les kystes multiloculaires, le bassin est presque toujours rempli par une masse de petits kystes qui transmettent mal le choc du liquide et peuvent quelquefois ne donner aucune fluctuation.

Pour remédier à l'insuffisance de ces moyens d'investigation, on a cherché à établir des règles d'exploration bien définies et plusieurs auteurs y sont parvenus. Malheureusement leurs procédés sont peu pratiques et souvent peu sûrs. C'est ainsi que Simon recommandait son mode d'exploration rectale, aussi insuffisant pour le diagnostic que douloureux pour la malade. W. J. Walsham (1) renchérissait encore en conseillant d'introduire même le coude dans l'intestin, sans toutefois faire violence devant une résistance quelconque. Ce qu'il y a de plus surprenant, c'est que Spencer Wells traite ce procédé avec une certaine bienveillance dans ses « Lectures » et que Gaillard Thomas (2) n'est pas loin de le conseiller. Ces auteurs reconnaissent comme avantages à ce moyen: de faciliter l'exploration des ovaires, de sentir le pédicule ou l'insertion sessile des kystes, de vérifier les adhérences avec le rein et l'ombilic! Nous ne critiquerons pas un tel procédé et nous nous contenterons de faire remarquer que sur le cadavre, cette manœuvre s'accompagne toujours d'une déchirure des tuniques intestinales; du reste, Walsham lui-même, annonce, qu'après l'exploration, les malades sont affectées pendant un certain temps d'incontinence des matières fécales; c'est payer bien cher, à notre avis, une investigation sou-

(1) Walsham. — *Saint Bartholomew's Hosp. Reports*, 1876, p. 223. — Cité par Castaneda. Th. 1882.

(2) Gaillard Thomas. — *Traité des maladies des femmes*, 1879.

vent infructueuse. Winckel (1) et Hégar (2) refusent d'autoriser ce mode de recherches dans la pratique. Howitz (3) pense que l'on doit rechercher par le toucher rectal ou vaginal la mobilité du segment inférieur de la tumeur; si ces moyens ne réussissent pas, on peut se servir de la méthode de Simon, car il est très important, pour le pronostic, de juger de l'importance des adhérences profondes. Olshausen recommande la palpation bimanuelle pour fixer les rapports avec l'utérus, ou la palpation abdominale combinée au toucher vaginal; on peut alors constater entre la tumeur et l'utérus l'existence d'un espace triangulaire à sommet supérieur indiquant suffisamment que le néoplasme ne vient pas de l'utérus et qu'il n'est pas constitué par une affection péri-utérine, un hématome, par exemple.

Quand la tumeur est petite et située dans le cul-de-sac recto-utérin, au-dessus ou au-dessous du feuillet péritonéal, Boinet (4) conseille un moyen d'exploration employé par Baker Brown et Sp. Wells. On place le médius d'une main dans le rectum, le pouce dans le vagin, et avec cette pince on saisit la tumeur et on constate sa consistance, sa tendance à fuir au milieu des parties voisines; un aide peut encore vérifier si l'utérus participe aux mouvements que l'on imprime au kyste.

Schultze (5) croit que la palpation rectale associée au palper abdominal et au toucher vaginal donne des renseignements importants sur le point de départ des tumeurs et leurs connexions viscérales. Pour être facile et complète, l'exploration nécessite l'anesthésie et l'intromission de deux doigts seulement dans le rectum. Une main étant appliquée sur la paroi abdominale, l'autre étant introduite en partie dans le rectum et le pouce dans le vagin, un aide attire la tumeur vers le thorax et la laisse retomber; pendant ce temps le chirurgien se rend compte des parties entraînées dans le déplacement; en imprimant aussi des mouvements de latéralité, on peut avoir souvent tous les renseignements désirables, sauf dans les cas où l'absence de mobilité est absolue. Il est des cas où un prolapsus

(1) Winckel. — Path. der. Weibl. Sex. organe.

(2) Hégar. — Wolkmann, Klin, Vorträge, n° 105, p. 783.

(3) Howitz. — Gynæk. og obstetriciske Meddeleser. Bd. I, p. 37, in Revue Hayem, 1872, p. 223.

(4) Boinet. — Art. ovaires du dict. encyclopédique.

(5) Schultze. — Centralbl. für Gynæk. 1879.

du vagin empêchera le toucher, Winckel (1) a signalé la possibilité des inversions et des prolapsus consécutifs à une tumeur pelvienne ; inutile de dire que cet état pathologique indiquera sûrement un néoplasme enclavé dans le petit bassin.

Hégar (loc. cit.), pour mieux se rendre compte des rapports de l'utérus, fait attirer le col en bas, pendant qu'il fait le toucher rectal et le palper abdominal, il s'assure ainsi des adhérences et de la topographie de la tumeur. Ce moyen est aussi approuvé par Næggerath qui l'a employé utilement dans un cas embarrassant (obs. 33). Kaltenbach (2) blâme les moyens compliqués ; il se sert de deux doigts pour le toucher rectal et vaginal qu'il combine.

Il existe aussi d'excellents moyens de reconnaître les rapports de la tumeur avec la vessie et l'utérus, nous voulons parler des sondes exploratrices. « La sonde utérine, dit Kœberlé (3), est à même de « fournir des indications utiles sur la direction et la position de la « matrice, sur la mobilité de cet organe et sur ses connexions plus « ou moins intimes avec la tumeur ovarique, suivant la direction et « la mobilité de l'instrument, la profondeur à laquelle il pénètre « dans la cavité utérine, l'étendue de cette cavité, etc. On peut en « déduire l'indépendance ou les adhérences de la tumeur ovarique, « le siège de cette tumeur, le diagnostic différentiel des affections « utérines, etc. La sonde utérine ne doit être employée que si l'on « est certain que la malade n'est pas enceinte et qu'il ne peut exister « aucune présomption de grossesse ». L'introduction de la sonde ne peut être faite dans tous les cas, elle est impossible quand l'utérus est fortement remonté et placé au-dessus du pubis, de même dans les cas de flexion du corps de l'organe, où le redressement n'est plus possible.

Le cathétérisme vésical renseigne d'abord sur les déplacements du réservoir urinaire, souvent consécutifs aux déviations utérines. On s'apercevra d'abord si le canal de l'urèthre est courbé, ou s'il est appliqué contre le ligament sous-pubien ; dans ces conditions il faudrait songer à une élévation de la vessie ou à la compression de l'urèthre par un lobule néoplasique qui aurait envahi le vagin. Le degré d'introduction de la sonde dans la vessie indique la grandeur

(1) Winckel. — Path. der Weibl. Sex. org., p. 315.

(2) Kaltenbach. — Zeits. f. Geb. und Franenk. Bd. I. H. 3. 1877.

(3) Kœberlé. — Dict. Jaccoud. T. XXV. p. 532.

de la cavité, les mouvements qu'on lui imprime montrent, par les sensations que l'on perçoit s'il y a contact direct avec une tumeur, ou si celle-ci a rétréci la contenance de l'organe.

En combinant avec l'usage de la sonde vésicale le toucher vaginal, on parvient quelquefois à limiter les connexions de la partie antérieure d'un kyste; cette méthode d'exploration vésico-vaginale a surtout été conseillée par Simon (loc. cit.) et par Pippings.

Næggerath, cité par Castaneda (1), est l'inventeur d'un procédé qui a été adopté en Amérique et qui est en honneur en ce moment en Allemagne ou Kocks (2), de Bonn, vient de l'adopter dans l'opération de l'extirpation totale de l'utérus; il consiste dans l'emploi de l'exploration vésico-vaginale et vésico-rectale. Pour ce faire, on dilate l'urèthre avec une tige de laminaria jusqu'à ce que le canal urinaire puisse admettre l'index, puis on vide la vessie et le rectum. L'index d'une main est introduit dans la vessie jusqu'à ce que la pulpe arrive au contact de l'utérus, tandis que l'index de l'autre main est glissé dans le vagin au-dessous du plancher vésico-vaginal ou dans le rectum en arrière de l'utérus que l'on repousse en avant.

Il est facile, par cet artifice, de sentir si une tumeur est interposée entre le rectum, l'utérus et la vessie, comme il est facile aussi de mesurer le degré d'antéversion ou de rétroversion de la matrice et de découvrir ses adhérences aux tumeurs voisines. Næggerath va plus loin : pour sentir les ovaires, il introduit une sonde dans l'utérus et mobilise l'organe de tous côtés jusqu'à ce qu'un doigt introduit dans le rectum ait découvert un ovaire sous forme d'une amande dont on délimite très-bien le contour. C'est un excellent moyen pour diagnostiquer les tumeurs ovariennes à leur début et pour vérifier par leur position dans le bassin, par l'absence de pédicule si elles donneront lieu à une inclusion ligamentaire. Cependant il est à noter, que si, comme nous l'avons reconnu, après avoir élargi l'urèthre sur le cadavre, le doigt arrive facilement par la cavité vésicale au contact de la face antérieure de l'utérus, il peut se produire par l'action de cette violence une fièvre intense, des accidents de fièvre urinaire, une rétention ou une incontinence d'u-

(1) Castaneda y Triana. — Des Kystes parovariques. Th. Paris, 1882, p. 42.

(2) Kocks. — Extirpation de l'utérus. Arch. f. Gynæk. T. XV.

rine ; dans d'autres cas, on a constaté l'apparition de cystite ou de périmétrite.

P. Baccelli (1), de Rome, a fait connaître, en 1876, un nouveau moyen de rechercher les tumeurs de l'ovaire et les kystes en particulier ; il fut amené à la découverte de ce procédé, en traitant une paysanne qui ne pouvait donner aucun renseignement sur sa maladie.

Baccelli fait pencher le corps de la malade en avant et la couche de façon à ce que le diamètre bi-scapulaire forme un angle obtus avec le bord du lit ; il met la cuisse en adduction et en flexion pour pouvoir appliquer un plessimètre sur la portion de l'iléon recouverte par le moyen fessier, et pratique la percussion au-dessous d'une ligne allant du bord supérieur de la crête iliaque au bord supérieur de la cavité cotyloïde. A l'état normal, le son est tympanique ; quand il y a une tumeur, il est plus sourd.

Malgré les observations que rapporte l'auteur, malgré la précision de ce procédé qui lui a même permis, dit-il, de diagnostiquer des ovarites, nous resterons incrédule et sans confiance en ce moyen.

— Toutes ces méthodes, par leur variété et leur nombre, montrent assez combien le diagnostic des tumeurs incluses est difficile ; combien plus obscur sera encore celui des *adhérences pelviennes* !

La sensation du frémissement vibratoire, semblable à celle que l'on perçoit en passant, le doigt sur une vitre, le déplacement possible de l'ombilic, le frôlement perçu à l'auscultation sont des signes qui traduisent à peu près sûrement l'absence d'adhérences pariétales, d'après Kœberlé ; pour les adhérences pelviennes, nous ne trouvons pas de caractères analogues, pas de symptômes caractéristiques. En faisant l'étude des moyens d'exploration, nous avons indiqué comment ils pouvaient servir à la découverte des adhérences pelviennes et nous avons dit que l'on n'arrivait le plus souvent qu'à la présomption, non à la certitude. En règle générale, c'est l'examen de l'utérus qui forme la base de l'appréciation des connexions des kystes inclus, à cause de la situation centrale de l'organe, de ses rapports anatomiques. Si l'utérus est mobile, si les culs-de-sac du vagin sont souples, si les mouvements imprimés à la

(1) Baccelli. — Rome, 1876 — in Hayem. — Revue des sc. médicales. T. IX. p. 177.

tumeur sont indépendants de ceux que l'on communique à l'utérus, il y aura des probabilités pour l'absence d'adhérences, abstraction faite de la possibilité d'adhérences lâches et peu étendues. Il en est encore de même quand, au début de la maladie, on peut par le toucher, imprimer des mouvements à la tumeur et reconnaître, à travers la paroi vaginale, un ballottement analogue au ballottement fœtal de la grossesse. Outre les méthodes d'exploration signalées plus haut, Spencer Wells en décrit une qu'il emploie depuis longtemps avec succès (traité des tumeurs de l'ovaire, trad. Rodet). Il fait placer la malade dans la position génu-pectorale, le bassin élevé et le thorax abaissé, puis pratique le toucher rectal ou vaginal ; il constate alors si la tumeur, sous l'influence de son poids, quitte sa position et ses rapports, et dans quelle proportion elle se mobilise. Remarquons que ce procédé est la plupart du temps inexact en ce qu'il fait attribuer à des adhérences, l'immobilité de la tumeur dans le cul-de-sac de Douglas, par exemple, alors que la pression abdominale peut être seule la cause du phénomène. C'est pour éviter cette erreur que Spencer Wells, dans le cas d'immobilité bien constatée, fait une ponction pour diminuer le volume du kyste.

Quant au diagnostic de l'inclusion kystique pendant l'ovariotomie, il sera généralement facile ; il suffit d'examiner l'aspect de la tumeur. Si la coloration est rosée, on a affaire à un kyste du ligament large, si la trompe est adhérente à la face antérieure de la tumeur et attirée au-dessus du détroit supérieur, il n'y a plus de doute. Pour acquérir la certitude complète, on recommande de passer la main à la surface de la tumeur, en avant et en arrière, jusqu'à ce que l'on soit arrêté par un cul-de-sac ; en arrière, ce sera le cul-de-sac de Douglas surélevé et appliqué contre le sacrum qui arrêtera la main, en avant ce sera le péritoine de l'excavation, en dehors de l'utérus qui, après son décollement, se réfléchit à une hauteur plus ou moins grande au-dessus du plancher pelvien. Quand le kyste sera invaginé entre la paroi abdominale antérieure et le péritoine pariétal, l'anomalie se reconnaîtra à première vue ; quand il aura dédoublé le mésentère de l'S iliaque, la position de l'intestin et du rectum suffira pour éveiller l'attention. Mais quand des adhérences généralisées auront réuni tous les organes pelviens en une seule masse avec la tumeur ; quand, de plus, les deux ovaires seront dégénérés, alors la difficulté sera très grande, c'est à peine même si la dissection la plus minutieuse pourra révéler l'inclusion.

A part ces circonstances défavorables, l'opérateur hésitera rarement sur les complications ligamentaires que l'absence de pédicule doit toujours faire supposer.

Diagnostic différentiel. — Les affections qui peuvent être confondues avec les kystes ovariens inclus sont toutes des affections des organes du bassin, ce sont surtout : les kystes ovariens pédiculés dont un prolongement plonge dans le cul-de-sac de Douglas, les kystes parovariens, la grossesse extra-utérine, la grossesse normale, l'hématomètre, les tumeurs fibro-cystiques de l'utérus, les kystes tubo-ovariens, la pelvi-péritonite enkystée, les tumeurs d'origine osseuse du bassin, l'hématocèle, les abcès des ligaments larges, la coprostase rectale et les kystes hydatiques.

Les *kystes parovariens*, par leur disposition dans le ligament large, par leur développement, sont souvent confondus avec les kystes ovariens, d'autant plus que les caractères anatomo-pathologiques même ne sont pas entièrement élucidés. On trouve dans l'ovaire des kystes uniloculaires comme on en trouve de multiloculaires dans le parovarium ; le liquide qui pendant longtemps avait servi de signe pathognomonique, n'est plus accepté comme tel aujourd'hui.

Le précipité albumineux obtenu par l'acide nitrique et soluble dans l'acide acétique, indiquant la paralbumine, a été constaté aussi dans les kystes ovariens. La bande d'absorption de la lutéine indiquée par Thudichum comme caractéristique des liquides ovariens, n'a réellement pas une telle valeur et Lawson Tait (1) qui la croit insuffisante cherche d'autres signes dans le développement de la tumeur, qui est habituellement lent. On peut quelquefois aussi trouver les deux ovaires sains, ce qui est d'une grande utilité pour le diagnostic. Généralement, on le voit, le diagnostic ne pourra pas être posé avant l'opération, à moins qu'une ponction exploratrice n'apporte son contingent de probabilités à côté de celles qui résultent de l'examen direct.

La *grossesse extra-utérine* est d'une extrême rareté ; elle est facilement reconnue quand les commémoratifs sont exacts, difficilement quand ils manquent complètement. Puisque, d'après Goupil, les signes de la grossesse existent toujours, on pourra, dans ces conditions soupçonner une grossesse extra-utérine, surtout quand

(1) Lawson Tait. — The Lancet, 7 février 1880.

on verra apparaître des douleurs expultrices et des métrorrhagies avec expulsion de fragments membraneux. Pour trancher la question, Scanzoni conseille de faire la ponction vaginale qui aboutit à deux buts, c'est-à-dire tue le fœtus et assure le diagnostic. Quand le fœtus est mort, la grossesse extra-utérine peut prendre l'aspect d'une tumeur incluse, ayant même siège et même mode de développement ; c'est alors que l'erreur est surtout possible. — Les anomalies de situation de l'ovaire, les ovaires surnuméraires sont des causes qui produisent aussi des grossesses anormales, situées dans l'interstice ligamentaire ou dans le cul-de-sac recto-vaginal ; dans ces circonstances, il n'y a que l'état stationnaire de la tumeur et les commémoratifs qui puissent faire éviter un diagnostic erroné.

La *grossesse normale* trompera beaucoup moins. Quand la matrice est à l'état gravide, le développement du ventre, la palpation peuvent faire songer à un kyste de l'ovaire, mais non à un kyste inclus dans les ligaments larges. Quand on pratique le toucher, on se rend compte de l'absence de tumeur dans le petit bassin avant l'engagement de la tête, et quand cet engagement a lieu, il n'est déjà plus possible de méconnaître la grossesse. Izenard (1) nous rapporte cependant un fait où l'erreur fut complète. Chez une femme de 40 ans dont le ventre était très-volumineux, on avait cru sentir un utérus gravide ; au toucher, on avait trouvé un col presque effacé, avalé entre les culs-de-sac et dans le segment postérieur, un corps fluctuant. C'en était assez, on conclut à une grossesse. La malade mourut dans les entrefaites et on fut bien surpris de trouver une tumeur interligamentaire dont un prolongement repoussait le cul-de-sac postérieur.

Les *kystes tubo-ovariques* quittent rarement le bassin où ils se développent et occupent de préférence le cul-de-sac recto-utérin ; ces tumeurs se vident par la trompe d'une manière intermittente. Dans le cas où il y a oblitération du canal tubaire, le diagnostic est très difficile, d'autant plus que les tumeurs tubo-ovariques peuvent donner naissance aux inclusions incomplètes. On reconnaîtra cependant fréquemment par le toucher rectal le petit volume de la tumeur, ses connexions et la forme de la trompe distendue par le liquide.

(1) Izenard. — Progrès médical, 1876. p. 134.

Les *tumeurs kystiques de l'utérus* peuvent exister en même temps qu'un kyste de l'ovaire ; elles résultent généralement de la dégénérescence kystique d'un fibrome ou d'un sarcome. Si dans bien des cas, les symptômes habituels des fibromes utérins peuvent donner l'éveil, il est des circonstances où le col et le corps de la matrice ne paraissent nullement malades ; toutefois, la palpation de la tumeur indiquera que les kystes sont recouverts par une paroi épaisse formée de tissu utérin, qu'ils sont petits, et qu'enfin ils sont mobiles avec l'utérus et sans connexion avec les ovaires. Les symptômes généraux seront aussi un indice utile dans le cas de sarcome ; pour les fibromes, le faciès reste coloré, la santé peu altérée et, quand il n'existe pas de ménorrhagies profuses, le malaise est peu considérable. Les tumeurs kystiques utérines se comportent comme des kystes mixtes de l'ovaire ; elles offrent des espaces nettement liquides et fluctuants et d'autres qui présentent une consistance dure et manifestement solide, plus résistante que celle des masses aréolaires des tumeurs incluses. De même, les bosselures sont plus volumineuses et résistent mieux à la pression. Elles peuvent avoir la même marche, survenir au même âge, se présenter avec un appareil symptomatique identique. On conçoit dès lors, que très souvent le chirurgien ne pourra assurer son diagnostic que pendant l'opération.

Les *tumeurs inflammatoires des ligaments larges* donneront quelquefois lieu à des hésitations. Les abcès, les phlegmons chroniques, l'hématocèle se traduisent par un ensemble de symptômes assez bien marqués généralement pour que le médecin n'ait aucun doute à leur sujet. Origine inflammatoire provoquée par un accident quelconque, tel est le meilleur renseignement que l'on puisse avoir. Le toucher donne plus de précision au diagnostic en déterminant la forme de la tumeur et l'absence de l'espace triangulaire à sommet supérieur, décrit par Olshäusen, entre l'utérus et la partie saillante ; la tuméfaction est aussi plus molle, plus dépressible. — L'hématocèle a des caractères très nets ; elle survient pendant les règles et s'accompagne de symptômes aigus, de douleurs excessives avec hémorrhagies externes, signes essentiellement différents de ceux des kystes inclus. Barnes dit que ce sont les petits kystes et les kystes dermoïdes qui prêtent le plus à l'erreur.

La *péritonite enkystée* se traduit par des signes analogues à ceux des kystes inclus, quand elle siège dans le cul-de-sac recto-vagi-

nal ; cependant la tuméfaction qu'elle produit ne fait pas saillie dans le cul-de-sac postérieur, elle reste plus élevée et au niveau du col utérin. Le début de cette affection est toujours aigu, la marche paroxystique comme dans toute péritonite et, quand elle est arrivée à la période d'enkystement, on constate que l'utérus est plus ou moins englobé par la tumeur, de laquelle on le distingue difficilement.

Les *kystes hydatiques* peu fréquents dans le petit bassin sont encore plus rares dans l'ovaire ou les ligaments larges ; dans toutes les observations, ces tumeurs se sont présentées avec tous les symptômes des kystes inclus, à part leur fluctuation que l'on percevait beaucoup plus nettement. Schatz (1) rapporte une observation de kyste hydatique chez une femme de 28 ans, faisant saillie dans le vagin ; on ponctionna en ce point et on recueillit un liquide contenant des vésicules et des crochets d'échinocoques. La malade mourut un mois après d'infection purulente, et à l'autopsie, on trouva le kyste dans le ligament large droit. Cruveilhier (2) cite un cas dans lequel l'ovaire converti en une poche hydatique, était tombé dans le cul-de-sac recto-vaginal. Dans une autre observation, le kyste était venu refouler le cul-de-sac postérieur, tout en n'étant pas contenu dans le ligament large. Cruveilhier cite encore un cas de Roux où l'ovaire avait donné naissance à une tumeur hydatique qui faisait saillie dans le vagin. Charcot (3), après avoir relaté aussi un fait de Park, conclut à l'origine de ces kystes hydatiques dans l'ovaire ou dans le tissu sous-péritonéal. Malgré tous ces faits, les kystes hydatiques qui viennent faire saillie sur les parois vaginales, sont rares ; dans les 26 cas de kystes hydatiques du petit bassin dont parle Davaine (4), il n'y en a pas un seul du ligament large.

(1) Schatz. — Arch. f. Gynæk, 1876, t. IX, p. 115.

(2) Cruveilhier. — Art. Acéphalocyste du dict. de Méd. et de chir. pratiques.

(3) Charcot. — Mémoires de la Soc. de biologie, 1852.

(4) Davaine. — Traité des entozoaires. Paris, 1860.

PRONOSTIC

Le pronostic des kystes de l'ovaire inclus dans les ligaments larges est beaucoup plus grave que celui des kystes pédiculés, à cause de la présence des organes pelviens et de l'absence de pédicule.

Nous ne voulons pas accumuler ici des chiffres, nous n'arriverions qu'à prouver une chose qui doit être considérée comme démontrée, la plus grande gravité des kystes inclus et la nécessité de leur extirpation complète. Au chapitre du traitement, nous apprécierons plus longuement les méthodes à employer.

Plus souvent que dans les autres variétés kystiques, on observe dans les kystes inclus un arrêt de développement à un moment donné ; il semble que les feuillets ligamentaires opposent à la croissance de la tumeur un obstacle notable, cependant jamais on ne constate de régression, de guérison de ces kystes. Il est d'autres cas, au contraire, où la marche de ces néoplasies est véritablement galopante, comme le dit Boinet, sous l'influence d'une nutrition exagérée, ou plutôt, croyons-nous, d'une rapidité d'évolution due à la nature plus ou moins maligne de la tumeur.

Quand la tumeur est bien limitée, sans prolongements suspects, l'opération est d'un bon pronostic, mais quand on a affaire à des papillomes ovariens qui végètent même à la surface du kyste et sur les parties environnantes, les conditions de guérison sont des plus précaires. Les cas de dégénérescence cancéreuse des tumeurs ovariennes sont plus rares, mais tous d'un pronostic fatal ; trois fois

(obs. 115, 58, 10) nous avons trouvé cette complication dans nos observations, et trois fois la mort est arrivée à bref délai.

Sur les sept principaux cas de kystes papillaires signalés dans les observations 113, 94, 46, 47, 35, 38, 31, plusieurs fois la guérison est survenue; c'est surtout quand les végétations épithéliales n'avaient pas quitté la cavité kystique; dans l'observation 38, une fistule abdominale persistante fut envahie par les papilles qui faisaient saillie à l'extérieur. Nous avons relaté deux observations d'Ols-hausen au chapitre de la pathogénie, dans lesquelles l'envahissement d'une fistule abdominale, du bassin, et même de l'intestin, par ces productions morbides s'est produit en peu de temps. Il faut donc tenir compte, dans le pronostic, de la possibilité des récidives signalées depuis longtemps et dont Terrillon a dernièrement présenté 46 observations à la Société de chirurgie. Il n'est pas d'ovariotomiste qui n'ait observé un certain nombre de ces faits dont les observations 2, 36, 38, 80, 98 de notre série sont de nouveaux exemples. Que l'on explique ces récidives, comme Verneuil, par l'auto-inoculation ou, comme d'autres, par l'oubli dans le pédicule de quelques parcelles néoplasiques, il n'en est pas moins vrai qu'elles sont beaucoup plus fréquentes dans les statistiques de certains chirurgiens que dans d'autres. Faut-il incriminer le manuel opératoire, ou le hasard des séries? Tandis que Terrier, sur 114 opérations, n'accuse qu'une récidive, Schrœder, cité par Fleischlen (1) donne une statistique de 102 ovariectomies pratiquées depuis 1880 et dans lesquelles il y eut 10 récidives certaines, 4 probables, en tout 20 tumeurs malignes. Cette série, augmentée encore par la proportion de 14 kystes papillaires, est particulièrement malheureuse et ne peut figurer auprès des beaux résultats que Lawson Tait et Kœberlé ont obtenu dans ces derniers temps, en faisant tomber la mortalité à 3,57 et à 4 pour 100.

Il est à remarquer aussi que les kystes de l'ovaire droit sont plus fatalement prédisposés à des dégénérescences malignes que ceux de l'ovaire gauche. On y trouve deux fois plus de kystes dermoïdes qu'à gauche. Kœberlé a souvent vérifié que lorsque l'ovaire gauche est affecté, l'ovaire droit est rarement dégénéré; au contraire, quand l'ovaire droit est kystique, l'ovaire gauche est souvent affecté.

(1) Fleischlen. — Zeith. f. Geburts. und Gynœk. Bd. VII, H. 2, in Revue des Sc. médicales, 1882.

Les causes qui font varier le pronostic dépendent beaucoup de l'état général de la malade. Les cas, par exemple, où une affection concomitante, (tuberculose pulmonaire, cancer du foie, péritonite, œdème généralisé, etc.), vient compliquer l'affection de l'ovaire, sont entre tous les plus désastreux ; ceux aussi où le contenu du kyste est devenu purulent, comme dans les observations 103, 92, 58, s'accompagnent souvent de mort par épuisement (obs. 103 et 58). Le chirurgien doit aussi surveiller les reins qui, d'après Thornton (1), sont souvent granuleux chez les femmes qui ont des kystes, ou en état d'hydronéphrose et de pyélo-néphrite par suite de la compression des uretères.

Mais les principaux obstacles à la guérison viennent des adhérences pelviennes qui créent, après l'opération, une tendance aux hémorrhagies, à la suppuration, à la péritonite, etc ; indirectement ces complications ont une influence nocive en prolongeant l'acte opératoire, en nécessitant un manuel plus compliqué. Les adhérences lâches qui peuvent être décollées sans violence de la surface du kyste sont de peu d'importance, les excisions même d'un repli péritonéal semblent à peu près inoffensives ; il n'en est plus de même quand la vessie, l'utérus, le rectum ou l'uretère sont intimement adhérents au néoplasme. Tauffer (loc. cit.) craint surtout les faisceaux musculaires disposés sous le péritoine, qui sont en rapport avec la couche musculaire superficielle de l'utérus et qui, par la nutrition exagérée qu'ils acquièrent, s'hypertrophient au point de réunir la matrice à la tumeur par une lame de l'épaisseur du doigt. La section de telles adhérences crée une grande difficulté dans l'hémostasie et une tendance peu marquée à une cicatrisation rapide. Il arrive quelquefois, dans le cours de l'ovariotomie, que l'opérateur, sans s'en douter, ouvre la vessie ou sectionne l'uretère ; l'ouverture de la vessie aggrave considérablement le pronostic, cependant cet accident est loin d'être sans remède. La section de l'uretère est peut-être plus sérieuse, au moins plus difficile à guérir, témoin le cas de Hégar qui fait l'objet de l'observation 71, dans lequel la guérison survint avec une fistule uretéro-abdominale.

Un des plus grands dangers, après l'extirpation d'un kyste interligamentaire adhérent, vient de la section des vaisseaux contenus dans les adhérences qui reliaient les feuillets séreux au néoplasme ;

(1) Thornton. — British med. Journal, 1882.

la béance des veines nombreuses qui sont dispersées sur tous les points de la capsule où se trouvait la tumeur, prédispose à l'absorption des liquides qui peuvent s'épancher, et à la septicémie ou à l'infection purulente, même aux phlegmons sous-péritonéaux. Les cas de phlébite, de thrombose, etc. sont loin d'être rares après les opérations difficiles.

Le pronostic change aussi de nature quand des attaches trop intimes à la matrice, ou quand des kystes symétriques obligent à faire l'hystérectomie. Les effroyables dégâts que cause une telle opération dans le petit bassin par l'enlèvement de l'utérus et de ses appendices ligamentaires sont rarement suivis de guérison ; toutefois, par un heureux hasard, les quatre observations (9, 70, 111, 115) que nous avons recueillies, où la résection de l'utérus fut faite pendant l'ovariotomie, se terminèrent par la guérison.

Quelles sont les terminaisons et la marche des kystes inclus ? Les kystes inclus sont soumis à la même marche que les kystes de l'ovaire pédiculés, c'est-à-dire que, si on ne leur applique aucun traitement, ils finissent par causer la mort des malades.

Les terminaisons, au contraire, peuvent différer, soit que le kyste diminue de volume et finisse par disparaître presque entièrement soit que ce kyste cause par accident une mort rapide.

La guérison par rupture du kyste dans la cavité abdominale, est presque spéciale aux kystes séreux uniloculaires, et il est rare de trouver dans les kystes de l'ovaire, cette variété de tumeurs ; par conséquent, si la guérison peut arriver par le processus de la rupture, il faut que celle-ci ait lieu au dehors. C'est ce qui s'est passé dans plusieurs cas heureux, où des kystes se sont vidés par le vagin ou le rectum. On comprend que ce fait soit possible, grâce aux rapports qu'affecte le fond de la tumeur avec le vagin ou le rectum. Les parois de ces organes s'amincissent sous l'influence d'un travail phlegmasique, qui a déterminé des adhérences, et une ouverture se crée. C'est dans le rectum, le cœcum et l'S iliaque qu'on a le plus souvent remarqué ces perforations ; elles sont plus fréquentes dans les cas de grossesses extra-utérines, mais elles se font toujours par le même mécanisme. Cruveilhier et Barth, cités par Boinet (1), rapportent des exemples où ces perforations se produisirent avec une très grande rapidité par la chute de plaques gan-

(1) Boinet. — Dict. encyclop. des sciences méd. Art. ovaires, p. 81.

gréneuses survenues, produites par l'inflammation. Tillaux (1) cite deux exemples d'ouverture dans la vessie par ce moyen. Quelquefois, il se développe une inflammation périkyistique avec formation de pus, et l'ouverture se produit comme celle d'un abcès. Schröder cite un cas où la suppuration se fit dans les annexes de l'utérus. L'action destructive des végétations papillaires peut conduire au même résultat, dit Boinet, et, sous ce rapport, les kystes dermoïdes ont une aptitude particulière à se rompre. L'altération des parois par une dégénérescence cancéreuse ou sarcomateuse, peut aussi expliquer l'ouverture spontanée. Nepveu (2), dans sa statistique portant sur 155 cas, trouve 6 perforations de la vessie, 2 seulement du vagin, 11 de l'intestin et 1 de l'utérus. Boinet, sur 216 cas, signale 9 ruptures dans le rectum, 15 dans la vessie et 36 dans les voies génitales. Cet auteur considère l'ouverture dans le vagin comme une terminaison heureuse, grâce à la déclivité de l'orifice d'évacuation ; c'est ce qui explique, du reste, les procédés de certains chirurgiens qui ont voulu faire de la ponction vaginale un mode de traitement.

Olshausen cite plusieurs cas heureux de rupture dans le vagin, la vessie et l'intestin, publiés par Langley et par Clay. Krysan rapporte un cas de rupture d'un kyste du ligament large, issu de l'ovaire, dans l'abdomen et qui fut suivi de mort.

Nous aurions à examiner, pour être complet, les cas où le kyste inclus est compliqué de grossesse, mais l'étude de cette question de dystocie sort de notre domaine et nous entraînerait trop loin. Nous nous contentons de signaler l'influence de l'état gravide sur l'évolution des tumeurs du bassin.

On sait qu'à chaque période menstruelle, correspond un accroissement des kystes ovariens et, qu'à la ménopause, ces néoplasmes peuvent encore subir une évolution rapide ; il en est de même pendant la grossesse. C'est ainsi que le pronostic de ces tumeurs est plus grave, si on les observe chez une femme jeune ou chez une femme au début de la grossesse ; l'évolution pathologique semble être en raison directe de la fonction physiologique. Spencer Wells et Guéniot ont observé l'accroissement notable des kystes pendant

(1) Tillaux. — Bulletin de la Soc. de chir. 1879, p. 750.

(2) Nepveu. — Annales de gynécologie 1875. T. IV.

la grossesse. Ruge et Léopold, cités par Charpentier (1), se demandent même si, dans des cas de leur pratique, la grossesse n'aurait pas eu pour effet de déterminer la production des kystes.

Vernich croit que la grossesse peut transformer une tumeur bénigne en une tumeur maligne. Tous ces faits, que l'expérience n'a pas encore ratifiés, s'expliquent par la congestion énorme des organes maternels et l'excès de nutrition qui sollicite les éléments nouveaux vers une évolution morbide plus rapide.

Conséquences de l'ovariotomie. — Les auteurs qui se sont occupés des kystes de l'ovaire en général, ont traité au long ce sujet; nous n'avons qu'une simple idée à émettre en ce qui concerne le rétablissement de l'ovulation, de la menstruation, après l'extirpation des 2 ovaires. La cause de ces phénomènes ne réside pas, comme le croient certains auteurs cités par Lebec (2), dans une indépendance des fonctions d'ovulation et de menstruation, puisqu'on a cité des exemples de grossesses gémellaires et même trigémellaires (Sp. Wells), après une ovariectomie double; nous n'hésitons pas, quant à nous, à accorder une large place dans ce curieux phénomène, à l'existence d'ovaires surnuméraires, beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit.

(1) Charpentier. — Traité d'accouchements. Paris, 1883, p. 308. T. II.

(2) Lebec. — Arch. gén. de médecine, 1882, p. 663.

TRAITEMENT

On a employé pour la guérison des kystes de l'ovaire des moyens *médicaux* et des moyens *chirurgicaux*. Les premiers sont complètement impuissants, les seconds sont très variés et d'une efficacité variable. Nous n'abordons pas la description des moyens médicaux, ce sujet faisant partie du traitement des kystes ovariens en général, ni la méthode par l'électricité ou l'électrolyse que Fieber (1) croyait, en 1867, substituer à l'ovariotomie naissante. Ces procédés sont, du reste, aussi impuissants que longs à employer.

Le traitement chirurgical des kystes inclus, très variable dans ses divers modes, peut se diviser en plusieurs méthodes principales :

- 1° La ponction $\left\{ \begin{array}{l} \text{abdominale} \\ \text{vaginale} \\ \text{rectale} \end{array} \right.$
 - » Avec injections irritantes,
 - » Avec incision et drainage.
- 2° Opération complète, voie abdominale $\left\{ \begin{array}{l} \text{méthode intrapéritonéale} \\ \text{» extrapéritonéale.} \end{array} \right.$
 - » voie vaginale
- 3° Extirpation partielle du kyste.

Pour montrer de suite la gravité des résultats opératoires, nous allons faire la statistique de nos observations.

(1) Fieber. — Améric. Journ. af. obstetric., oct. 1876, p. 589.

Sur 47 opérations incomplètes, nous comptons 14 morts dans les jours qui ont suivi l'ovariotomie et plusieurs autres survenues l'année suivante, ou même plus tard par suite de péritonite ou de septicémie. Neuf fois, les auteurs ont signalé la persistance de fistules abdominales au niveau de la cicatrice ; nous sommes convaincus que dans presque tous les cas, cette infirmité a dû être permanente ; mais les détails manquant souvent et les malades négligeant de tenir le chirurgien au courant de leur santé, on ne peut fournir aucun chiffre certain. On voit donc que dans ces cas, considérés, il est vrai, comme les plus graves, les résultats éloignés sont très-peu satisfaisants ; quant à la proportion de mortalité qui égale 29,5 pour 100, elle n'a rien d'exagéré, si l'on réfléchit que plusieurs des opérations ont été faites avant la découverte de l'antisepsie et des moyens dont la chirurgie abdominale dispose aujourd'hui.

Les opérations complètes, moins meurtrières que les précédentes, nous ont donné un total de 21 morts sur 76 ovariectomies, soit une proportion de 27,5 pour 100 ; mais ici, les résultats éloignés sont excellents, identiques du reste à ceux de l'ovariotomie ordinaire, sauf en ce qui concerne les récidives malignes. Dans sa statistique de 1881, Péan arrivait sensiblement aux mêmes résultats que nous ; sur 43 kystes inclus, il avait eu 18 succès, soit une proportion de 24 pour 100 environ. W. Tauffer (1) annonce plus de succès. Sur 19 tumeurs sous-péritonéales qu'il enleva, il eut 16 guérisons et 3 morts et cependant, dans 4 cas, où on avait trouvé des adhérences considérables, on dut se résoudre à faire des opérations incomplètes dont l'issue fut heureuse. Spencer Wells, sur 17 opérations dans lesquelles il employa le traitement par suppuration, eut 7 morts, dont deux rapides, le 3^e et le 4^e jour, et cinq tardives, dans l'intervalle de 10 à 52 jours et 7 guérisons définitives dont 2 après longue suppuration. Dans deux cas, il y eut récidive et mort après peu de temps.

Ponction. — La ponction peut être *exploratrice*, *palliative* ou *curative*.

Elle est *exploratrice* quand elle a pour but d'éclairer le chirurgien sur la nature du kyste et sur les adhérences qu'il a contractées. Nous avons vu plus haut comment Spencer Wells l'employait pour reconnaître les adhérences pelviennes et la constitution multilo-

(2) Tauffer. — Wiener medicin. Wochensch. 1885, n^o 4.

culaire de la tumeur. Employée pour le diagnostic des kystes inclus, la ponction peut être quelquefois très utile en procurant les moyens de distinguer les kystes des ligaments larges entre eux. Les tumeurs parovariques sont d'une nature plus bénigne que les autres et justiciables généralement du traitement par les ponctions successives, il n'en est plus de même des tumeurs de l'ovaire ; aussi l'on conçoit facilement que le diagnostic différentiel soit nécessaire par l'examen du liquide. Il est cependant des auteurs qui refusent toute ponction à cause des dangers qu'elle fait courir, c'est ainsi que Kœberlé et Lawson Tait ne l'emploient jamais comme méthode d'exploration ni comme méthode de traitement.

Peaslee, qui la repousse hautement, lui attribue de grands inconvénients ; elle aurait causé la mort, dit-il, dans la moitié des cas de kystes multiloculaires. Il y a autant d'exagération à repousser complètement la ponction exploratrice qu'à l'adopter dans tous les cas, et les services qu'elle a maintes fois rendus ne sont plus à discuter.

Pour l'exploration des kystes interligamentaires, on peut faire la ponction par les trois voies abdominale, vaginale et rectale. On préfère généralement la ponction abdominale qui, avec moins de dangers, permet de réduire beaucoup mieux la tumeur ordinairement multiloculaire et dont les grandes loges sont en dehors du bassin.

Toutefois, dans le cas d'inclusion, la perforation du kyste peut entraîner des accidents redoutables. Nous avons vu, en effet, que le revêtement péritonéal contenait de gros vaisseaux dilatés, surtout dans le cas d'inclusion complète où les veines du ligament large peuvent être dispersées à la surface du kyste ; la blessure de ces veines par le trocart peut produire une hémorrhagie mortelle. Le conseil que donne Kœberlé de toujours ausculter le point où l'on se dispose à faire la ponction, très utile en ce qui concerne les vaisseaux de la paroi abdominale, ne l'est plus autant quand il s'agit de percevoir les battements dans les artères du ligament large.

La blessure de la trompe ou du ligament rond, dont la veine établit en partie la circulation collatérale vers la région abdominale antérieure, entraînerait aussi une hémorrhagie considérable. Nous ne parlons pas des accidents causés par la ponction des kystes de l'ovaire proprement dits, ne voulant pas reproduire ce que

tous les auteurs ont écrit à ce sujet ; ces accidents sont les mêmes pour les kystes inclus, à part quelques particularités que nous signalons.

La ponction vaginale, quand elle ne peut être un moyen curatif, ne doit pas être employée comme mode d'exploration, en raison des accidents qui peuvent en résulter, quand bien même un prolongement de la tumeur ferait saillie dans le vagin. Les riches plexus veineux, qui descendent le long de l'utérus et suivent latéralement les culs-de-sacs, les artères vaginales, etc., répandent sur les parois du canal génital une vascularisation si abondante qu'il serait peu possible de ponctionner un kyste sans déterminer un écoulement sanguin abondant ; du reste, la ponction des kystes ligamentaires au niveau de leur base d'implantation, ne donne issue qu'au liquide des petits kystes qui forment la masse aréolaire ou proliférante que l'on trouve habituellement dans le bassin et ne renseigne pas sur le contenu des grandes loges supérieures.

La ponction rectale n'a jamais été employée, à notre connaissance dans un but de diagnostic.

Quant à la *ponction palliative* qui a pour effet de soulager les malades qui ne peuvent profiter des avantages de l'opération ou de faire gagner du temps au chirurgien, elle peut être justifiée dans bien des cas, dans d'autres elle doit être proscrite. Elle sera d'un grand secours quand, par exemple, la tumeur incluse empêchera un utérus gravide de prendre son développement normal ou quand la grossesse ne pourra se terminer heureusement ; elle sera enfin indiquée quand une rupture du kyste sera survenue ou menacera de se produire. Il est quelquefois nécessaire, avant une ovariectomie, de faire une ponction préventive ; c'est quand la tumeur cause de la dyspnée, des troubles cardiaques ou circulatoires, des désordres digestifs ; le chirurgien doit alors rétablir l'équilibre des fonctions organiques avant d'intervenir, sous peine de voir l'opérée succomber à une syncope ou à des phénomènes de décompression subite. Autrefois la ponction palliative était le principal traitement des kystes de l'ovaire et on cite dans les ouvrages des observations de femmes qui ont été ponctionnées 100 et 150 fois. Kœberlé a traité une malade qui avait subi 215 ponctions. C'est assez dire que ce mode de traitement peut rendre souvent de grands services, mais il est à craindre qu'il n'ait une funeste influence sur la santé des malades par la grande quantité d'albumine que perd l'organisme.

On peut dire qu'aujourd'hui ce moyen est réservé aux cas où l'opération est impossible.

Un des caractères des kystes inclus étant d'acquérir un développement modéré, d'aller rarement jusqu'à gêner la respiration (puisque une seule fois (obs. 104) on retira par la ponction 25 litres de liquide et 2 fois (obs. 7-14), 20 litres, on conçoit que la ponction palliative soit peu employée dans ces cas. Quel sera le lieu d'élection pour ces ponctions ?

De même que pour la ponction exploratrice, on accordera la préférence à la voie abdominale, avec cette restriction que dans les conditions où les rapports péritonéaux et les adhérences viscérales placent les kystes interligamentaires, on est exposé aux hémorragies ou à des blessures mortelles. La ponction vaginale possible seulement quand la tumeur fait saillie dans le vagin, expose aux inflammations pelviennes, aux blessures des veines du plexus utérin ou même du plexus pampiniforme refoulé jusque sur le plancher, et rarement elle peut amener une évacuation complète du kyste.

La ponction devra être rejetée, même comme moyen de soulagement, quand on aura affaire aux variétés de kystes malins que nous avons étudiés, aux kystes papillaires ou cancéreux ; on sait, en effet, avec quelle facilité les végétations épithéliales saignent sous l'influence de l'aspiration ou du vide, et on s'exposerait à des épanchements de sang considérables dans la tumeur. La même règle peut s'appliquer aux kystes à contenu sanguin, à l'intérieur desquels se fait très rapidement une nouvelle exsudation hématique.

La *ponction curative* a été employée pour les kystes du bassin, comme pour ceux de l'abdomen proprement dits, elle est surtout de mode pour les kystes du parovarium, pour lesquels la plupart des auteurs la recommandent.

Palmer (1), cité par Castaneda, trouvant les statistiques de Simpson, Fox, Kiwisch, Lee, Peaslee, Hegar, etc., peu favorables, se prononce contre la ponction curative. Kœberlé accorde à cette méthode une mortalité égale à celle de l'ovariotomie avec des chances de guérison bien moindres, aussi entreprend-il toujours l'extirpation complète. A part les kystes parovariques qui guérissent bien par la ponction, les autres tumeurs de l'ovaire ne sont pas amélio-

(1) Palmer. Transactions of the obstetrical society of Cincinnati. 11 avril 1878.

rées par ce moyen ; bien au contraire, elles contractent souvent dans la suite des adhérences, à la faveur des péritonites locales, et quelquefois passent à la suppuration. On a bien cité quelques cas de kystes multiloculaires guéris par une seule ponction, mais ces faits sont tellement rares qu'ils n'infirmement pas la règle. Spiegelberg (1) rapporte qu'un kyste proliférant fut guéri en une seule ponction ; il explique ce résultat par les modifications de l'épithélium sécréteur qui se serait organisé comme celui des kystes par rétention. D'autres fois, à la suite d'une inflammation des parois kystiques, il s'est produit un ratatinement de ces parties et une disparition graduelle de la cavité ; mais, même au bout d'un certain temps, le kyste peut reparaître et, après une période d'état stationnaire, reprendre son volume primitif. Ces tristes résultats opératoires doivent faire juger à sa juste valeur la ponction curative, sous toutes ses formes ; du reste, l'autorité de tous les ovariétomistes doit servir de guide dans cette appréciation. Tous sont d'avis de rayer du cadre des procédés de traitement radical la ponction des kystes de l'ovaire dont Stilling (2) disait en 1866 : « Die Punction der Cystovarien ist ein Verbrechen ! » La ponction d'un kyste de l'ovaire est un crime ! Lawson Tait (3), qui a pratiqué un certain nombre de ponctions, a abandonné ce moyen ; à la suite de 3 décès qu'il observa après l'ovariotomie, il annonça au Congrès britannique des sciences médicales, en 1882, l'origine de ces accidents qu'il attribuait à des ponctions antérieures. Ce chirurgien pense que, sous l'influence des ponctions successives, le sang perd de grandes quantités de substances albuminoïdes et se coagule plus facilement. Survienne alors un traumatisme opératoire, des caillots se forment dans les cavités cardiaques (heart clot) et interrompent la circulation.

Il est cependant une circonstance qui devrait aider à la guérison des kystes à inclusion complète après la ponction : c'est le fait observé par Brunker (cité par Schatz) et par plusieurs chirurgiens, du ratatinement du kyste sous l'influence de la contraction des fibres musculaires du ligament large.

(1) Spiegelberg. Arch. f. Gynæk. T. XIV. H. 2.

(2) Stilling. die intraperitoneal methode der ovariétomie. Berlin, 1866.

(3) Lawson Tait. Arch. de Tocologie. 1882.

Drysdale (1) ayant eu à opérer un kyste uniloculaire de l'ovaire qu'il avait ponctionné, fut surpris, après l'ouverture de l'abdomen, de trouver seulement des intestins et l'épiploon ; le kyste s'était retiré dans le petit bassin. La possibilité de cette diminution de la cavité du kyste et l'espoir d'éviter l'épanchement du liquide dans le péritoine ont poussé depuis longtemps les chirurgiens à tenter la cure des kystes par la *ponction vaginale* quand une fluctuation indubitable et des adhérences du vagin avec le fond de la tumeur sont bien constatées.

Les accoucheurs voyant les beaux résultats que la ponction vaginale rendait dans quelques cas de dystocie par kystes de l'ovaire, furent les plus ardents défenseurs de ce mode opératoire. Kiwisch, puis son collègue et successeur Scanzoni, en ont fait l'éloge, et ce dernier auteur, qui lui attribue 10 guérisons sur 16 cas, s'exprime ainsi : « La ponction vaginale produit plus fréquemment la guérison radicale parce que le kyste, ouvert à sa partie inférieure peut se vider plus complètement. Si elle était toujours possible, la ponction abdominale ne tarderait pas à disparaître de la pratique chirurgicale. » Cazeaux (2), sur 12 cas de ponction vaginale, cite 3 cas de morts et 5 guérisons complètes. Noeggerath, sur 48 cas, compte 29 guérisons pour 13 morts. Ces résultats plus satisfaisants que ceux de la ponction abdominale ne sont cependant pas suffisants pour contrebalancer l'ovariotomie, à cause de l'impossibilité d'améliorer ces statistiques par la pratique de l'antisepsie, presque impraticable dans le canal vaginal. Les dangers de l'épanchement du liquide kystique dans le péritoine, si grands dans la ponction sus-pubienne, sont remplacés dans la perforation par le vagin, par ceux de l'infiltration de ce liquide dans le tissu cellulaire péri-utérin ; quant à l'introduction de l'air dans le kyste, elle est dans les deux cas aussi certaine. C'est pour éviter ce dernier inconvénient que l'on a employé les appareils aspirateurs et que J. Guérin a proposé sa seringue à double robinet. Pour plus de rapidité dans l'évacuation du kyste, on a proposé aussi de recourir à la position de la fistule vésico-vaginale (méthode de Bozeman). L'emploi du trocart est plus ordinaire, qu'il soit droit ou courbe ; le point important réside dans la manière de se servir de cet instrument, afin de ne pas perforer

(1) Drysdale. Amer. Journal of med. sciences. 1881, p. 444, in Hayem. T. XIX.

(2) Cazeaux. Thèse d'agrégation, 1844.

l'utérus, la vessie ou le rectum. Le siphon-trocart de Thompson réunit les avantages de l'aspiration à ceux d'un maniement facile et sûr, aidé, du reste, par l'introduction d'un cathéter vésical ou le refoulement du kyste vers le plancher du bassin. C'est celui que recommande Spencer Wells quand le kyste est accessible par le vagin. La ponction vaginale praticable seulement dans le cas de tumeur uniloculaire en rapport avec le canal génital ne doit pas être conseillée à cause de sa difficulté opératoire et des dangers qu'elle crée.

La *ponction rectale* curative, applicable au cas où le kyste a soulevé le cul-de-sac de Douglas ou s'est développé dans le mésentère de l'S iliaque. n'a pas donné les résultats que Tavignot, son premier défenseur, et Spencer Wells avaient espérés. Le seul avantage qu'elle possède est de permettre l'écoulement du contenu kystique avec les selles et la rétention, au-dessus du sphincter anal, de ce liquide ; cependant l'irruption des gaz intestinaux dans la cavité prédispose à des accidents dont Spencer Wells a vu un exemple chez une de ses malades morte de suppuration aiguë.

Ponction avec injonction irritante. — L'espèce d'engouement qui s'était produit en faveur de l'emploi des injections d'iode dans l'hydrocèle, engagea Velpeau à les recommander, en 1843, pour les kystes de l'ovaire ; mais, après un moment de succès, cette pratique tomba en désuétude et aujourd'hui elle a presque disparu de la pratique chirurgicale. Boinet, qui en fut le principal promoteur, avait limité son emploi aux kystes uniloculaires, recommandant d'agir au début de l'affection pour obtenir une guérison plus rapide. Nous n'insisterons pas sur ce mode de traitement dont le temps a fait justice, qui ne fut, du reste, guère employé pour les kystes ovariens ligamentaires.

Ponction avec incision et drainage. — Il n'y avait pas loin de la ponction ordinaire faite par l'abdomen ou le vagin, à la pratique du drainage des kystes de l'ovaire. Velpeau en proposant, en 1831, la paracentèse vaginale, ne limitait pas l'opération à la ponction, mais il proposait l'emploi d'un tube à drainage. Les auteurs sont d'avis, de limiter son emploi aux kystes simples de dimensions moyennes ou aux kystes dermoïdes, le drainage des grands kystes entraînant un épuisement rapide des forces de la malade, et celui des kystes multiloculaires étant impraticable, surtout par la ponction vaginale.

Le drainage abdominal ne nous occupera pas, nous envisageons seulement les résultats du drainage vaginal qui jouit encore d'une certaine faveur.

Dans le cas de kystes inclus faisant saillie dans le vagin, la pratique est très simple, et le bistouri ou le thermo-cautère ont bientôt créé une voie d'échappement au liquide ; mais quand la tumeur est petite et assez élevée dans le ligament large, il est nécessaire d'employer la méthode de Hégar, de faire des applications de pâte de chlorure de zinc au niveau d'un des culs-de-sac et d'établir un drainage. On s'est servi pour l'incision d'un lithotome de Demarquay, ou l'on a simplement employé une canule qu'on laissait à demeure. Le meilleur procédé est celui de Næggerath, employé, dit Gaillard Thomas (1), par Kiwisch, Schnetter et West ; il consiste, la malade étant couchée sur le côté gauche, et, le spéculum de Sims étant appliqué à saisir la paroi vaginale et le kyste et à faire une incision. On suture ensuite les lèvres de la plaie du kyste à celles de la plaie du vagin. L'écoulement est ainsi assuré jusqu'au ratatinement complet du kyste ou jusqu'à ce que sa cavité soit entièrement remplie par des bourgeons charnus.

Dans le cas où toute extirpation est impossible, où la compression de la vessie et du rectum cause des désordres considérables, quand les douleurs produites par les compressions nerveuses sont très vives, le drainage vaginal rend des services ; mais malheureusement les circonstances dans lesquelles on peut l'appliquer, sont très rares, puisque les kystes de l'ovaire inclus ne sont presque jamais uniloculaires. Spencer Wells cite un cas où, à cause de la fluctuation nette sentie par le vagin, il avait jugé la ponction moins dangereuse que l'ovariotomie ; il se produisit une suppuration persistante qui enleva la malade au bout d'un an. Il signale encore un autre cas de mort par pyohémie. On voit donc que ces moyens, bénins en apparence, ne laissent pas d'avoir souvent de tristes résultats ; toutefois, dit Spencer Wells, quand on ne peut faire l'ovariotomie, la ponction avec drainage est encore préférable à la ponction simple.

Quelques chirurgiens ont aussi employé le *drainage abdomino-vaginal* pour hâter la suppuration du kyste et la disparition de sa cavité. Il est inutile de dire que ce procédé très hasardeux n'a pas

(1) Gaillard Thomas. Traité des maladies des femmes, 1879, p. 658,

eu beaucoup d'adhérents. C'est Récamier qui fit, en 1839, la première ovariocentèse abdomino-vaginale ; après avoir fait une ponction abdominale, il poussa la canule jusqu'au fond du kyste et traversa le cul-de-sac vaginal ; un drain fut ensuite laissé en permanence. Hégar et Kaltenbach (1) ont ensuite employé ce procédé qui a réussi entre leurs mains ; ils le jugent digne d'être conservé dans la pratique. Nous verrons plus loin, à propos des opérations incomplètes, combien, dans ces cas, la guérison est lente à survenir et combien elle est illusoire ! Nous ne pouvons quitter cette question du drainage sans dire encore une fois qu'il est en contradiction avec les principes de la chirurgie actuelle et de l'antisepsie, et que son emploi, limité aux kystes uniloculaires, a précisément sa plus grande efficacité là où l'ovariotomie est toute-puissante. Aussi nous n'hésitons pas à nous ranger à l'opinion de Kœberlé et de Lawson Tait qui ont banni presque entièrement de leur pratique le traitement par les méthodes palliative et curative de l'ovariocentèse.

(1) Hégar et Kaltenbach. — Gynécologie opératoire, trad. Bar. 1885. — p. 257.

OVARIOTOMIE

— Quand l'état général de la malade est satisfaisant, quand, par les moyens de diagnostic que nous avons exposés, on n'a pas reconnu d'impossibilité complète à une opération, le chirurgien doit sans retard et sans hésitation recourir à l'ovariotomie.

Contre-indications. — Il nous suffira d'examiner brièvement les contre-indications de l'opération, pour donner une idée des indications; la chirurgie ne s'avoue impuissante que dans des cas assez rares et de plus en plus restreints.

Nous trouvons encore dans la plupart des auteurs, l'inclusion ligamentaire complète ou incomplète classée parmi les contre-indications formelles, parce qu'on considérerait cette complication comme résultant d'adhérences inflammatoires. Quels progrès immenses dans ces derniers temps ! Non-seulement on ose aujourd'hui aborder l'extirpation des tumeurs interligamentaires, mais Kœberlé (1) a même pu dire récemment que le pronostic de ces tumeurs n'était guère plus mauvais que celui des kystes ovariens pédiculés. Sans aller aussi loin que le grand ovariétomiste, nous accorderons une bénignité relative aux opérations sur les kystes inclus, faites par « énucléation ».

Mais quand l'énucléation n'est pas possible, quand par le toucher rectal et vaginal combiné à la palpation, on a pu se rendre compte de l'existence d'adhérences utérines, vésicales ou rectales,

(1) Kœberlé. — Gaz. méd. de Strasbourg. — Juin et Juillet 1885.

alors les conditions changent et bien hardi est le chirurgien qui s'expose de plein gré aux revers les plus certains. Malgré tous les moyens dont on dispose pour le traitement des adhérences, pour leur décollement, on n'a pu encore se rendre maître de toutes les complications qu'elles entraînent et mieux vaut, croyons-nous, ne pas entreprendre une opération dans le cas de kyste multiloculaire inclus bien constaté que de s'exposer à laisser une opération incomplète. L'illusion unique que l'on peut laisser au malade consiste dans le traitement par les ponctions palliatives dont le but thérapeutique sera purement moral. La contre-indication n'existe plus quand le kyste est franchement uniloculaire, alors on peut s'aventurer sans crainte ; trouve-t-on des adhérences insurmontables, l'opération incomplète n'en conduira pas moins, quoiqu'avec moins de chances, à la guérison radicale.

On nous demandera de préciser notre distinction, de dire quand les adhérences seront une contre-indication ou quand elles permettront l'intervention. Malheureusement, il n'y a pas là de criterium certain et l'expérience du chirurgien sera le seul juge en cette occurrence, et encore l'expérience aidée par les moyens d'exploration habituels. Quand on est indécis sur l'éventualité d'une opération, on ne doit négliger aucun moyen d'exploration, la ponction exploratrice même jointe à la méthode de Spencer Wells est permise, si elle ne doit entraîner aucun accident. Il est bien rare alors que l'on ne puisse apprécier les connexions de la tumeur avec la matrice, la vessie et le rectum. A-t-on affaire à des adhérences lâches, ou résultant d'une poussée inflammatoire récente, il n'y a pas contre-indication, car l'organisation fibreuse n'a pas encore modifié les exsudats de façon à rendre l'énucléation impossible. Dans le cas d'adhérences intimes avec la matrice (complication fréquente, puisqu'elle est notée 16 fois dans nos observations), l'opération n'est pas encore à rejeter, malgré les dangers auxquels elle expose et malgré la possibilité d'une hystérotomie complémentaire de l'ovariotomie ; nous avons noté, en effet, que plusieurs fois la ligature des cornes utérines, la résection d'une portion de l'organe, n'ont guère aggravé les suites de l'opération, quatre fois même l'enlèvement complet de l'utérus a été suivi de guérison (obs. 9, 70, 111, 115).

I. Au contraire, il y a contre-indication formelle quand les adhérences, au lieu d'être limitées à l'utérus, sont généralisées et intéressent la vessie et le rectum ou bien les vaisseaux iliaques, quand

il y a en même temps des troubles urinaires, indiquant une lésion de l'uretère.

Il en est encore de même dans le cas où le bassin est entièrement rempli par des tumeurs symétriques englobant l'utérus et ses annexes et nécessitant, pour ainsi dire, la suppression de la plus grande partie du revêtement péritonéal du bassin.

II. L'opération est contre-indiquée quand on reconnaît l'existence d'une tumeur maligne de l'ovaire, soit par l'envahissement des parties voisines, soit par la généralisation dans le péritoine ou les ganglions. Dans le cas où le diagnostic ne pourra être certain, il est de toute rigueur de différer l'intervention pour surveiller l'état général et les manifestations néoplasiques ; il sera même utile, dit Kaltenbach (1) de ponctionner la tumeur ou même seulement l'abdomen qui, dans ces cas, contient généralement une certaine quantité de liquide ascitique, pour rechercher les éléments néoplasiques qui peuvent s'y trouver. Nous voyons, par nos observations, que l'extirpation des tumeurs malignes n'a donné que de mauvais résultats (obs. 10, 58, 115) ; il est donc prudent de ne pas intervenir dans ces cas et de ne pas irriter le péritoine si disposé à devenir le théâtre d'une généralisation rapide.

III. L'ovariotomie est contre-indiquée dans le cas d'affections fébriles, indépendantes de la tumeur ovarienne, dans toutes les maladies chroniques qui peuvent par une poussée aiguë compromettre le succès, enfin dans les cas de suppuration du kyste avec issue du pus dans un organe voisin. Nous ne voulons pas dire que tout kyste suppuré soit inopérable, puisque nous trouvons dans notre série d'observations trois cas (103, 92. 58) où la marche vers la guérison ne fut pas empêchée ; cependant la purulence doit être une cause d'abstention si l'état général de la malade est peu satisfaisant. On a cité, il est vrai, des cas dans lesquels des femmes épuisées par la fièvre septique avaient été guéries par l'extirpation de tumeurs suppurées, compliquées même de péritonite enkystée, mais ces cas sont trop rares pour infirmer nos conclusions.

Le *volume* trop considérable d'une tumeur ovarique, n'est pas une contre-indication à l'opération, pourvu que l'on puisse la faire précéder d'une ponction destinée à diminuer les troubles circula-

(1) Kaltenbach. — Zeitschr. f. Gebh. und Frauenkrankh. — Bd. I. — H. III, 1876.

toires et organiques qui accompagnent ordinairement les kystes considérables. Les accidents opératoires sont alors considérablement diminués.

Le volume trop exigü de la tumeur est une circonstance quelquefois défavorable à cause, dit Kœberlé (1), du peu de distension de l'abdomen et de la tendance à l'irruption au dehors, qu'ont les intestins, pendant et après l'opération. — Il peut en résulter une désunion de la plaie et une éventration consécutive.

La *grossesse* n'est plus regardée aujourd'hui comme une contre-indication à l'ovariotomie, dans les six premiers mois ; Karl Schröder (2) ne considère pas l'intervention comme plus grave qu'en autre temps. Olshausen n'eut que 2 morts sur 14 cas et Schröder 7 guérisons sur 7 opérations. L'avortement ou l'accouchement prématuré surviennent assez souvent (4 fois sur les 14 cas d'Olshausen : 2 fois sur les 7 cas de Schröder), mais cette complication n'influe heureusement pas beaucoup sur la marche de la guérison. Spencer Wells annonce 9 guérisons sur 10 opérations de ce genre. Schröder rassemble encore d'autres observations de Marion Sims, de Galabin, de Lawson Tait, etc., et conclut que sur 29 opérations, il y a eu 24 guérisons et 20 enfants vivants.

Opération complète. — Voie abdominale.

Nous ne décrivons pas le manuel opératoire de l'ovariotomie normale et nous négligerons tous les détails qui ont trait au traitement des adhérences pariétales, intestinales et épiploïques ; toutes ces questions sont traitées dans les ouvrages de Gynécologie opératoire et ne rentrent pas dans notre sujet qui comprend seulement l'étude d'une complication spéciale.

I. — *Kystes à large base d'implantation sur le ligament large.*

Ces kystes sont parmi ceux que nous décrivons, les plus faciles à extirper ; ils se rapprochent tellement des kystes pédiculés que nous ne leur consacrerons que quelques lignes.

On peut considérer ces tumeurs comme attachées par un pédicule très large qui ne serait autre que le ligament large ; dès lors, on peut employer pour le traitement de ce pédicule les deux méthodes intrapéritonéale et extrapéritonéale. Cette dernière, ap-

(1) Kœberlé. — Dict. de médecine et de chir. pratiques. — Art. ovaires, p. 598.

(2) Schröder. — Zeitr. f. Geburt. — Bd. V, h. 2.

pliquée depuis Stilling en 1841, jusque dans ces derniers temps, a cessé d'être employée couramment ; elle est réservée à quelques circonstances spéciales.

On aura presque toujours, dans le cas que nous étudions, à appliquer la méthode intrapéritonéale. Comme les adhérences avec les organes pelviens sont peu fréquentes dans le cas d'insertion sessile, il sera possible de pratiquer l'énucléation de la base de la tumeur. — Pour pratiquer cette énucléation, on cherchera à détacher de la paroi kystique, à l'aide d'un instrument mousse, l'aileron de la trompe appliqué généralement à la partie antérieure de la base du kyste, puis avec l'ongle de l'index, on circonscrira, en déchirant les petits tractus de tissu celluleux qui unissent le feuillet séreux au néoplasme, la portion inférieure de ce dernier, qui ne restera plus adhérente que par son pédicule réel, contenant des vaisseaux nourriciers volumineux, c'est-à-dire par l'aileron postérieur. Il ne restera plus dès lors, qu'à jeter des ligatures isolées ou enchaînées sur le ligament infundibulo-pelvien d'un côté, sur le ligament utéro-ovarien d'un autre côté, puis sur le pédicule de l'ovaire, pour détacher entièrement le kyste. Telle est la méthode la plus simple, la plus rationnelle, celle qui permet la réduction du pédicule aussi bien que son maintien dans la plaie. — L'avantage que l'on retire en opérant ainsi, consiste en ce que la surface d'implantation reste exsangue, tandis qu'en formant plusieurs pédicules avec le ligament large comme certains auteurs l'ont fait, on s'expose à des hémorragies secondaires très sérieuses.

II. — *Kystes à inclusion incomplète.*

Nous devons distinguer deux cas, suivant que le kyste a déplissé le ligament large dans toute sa hauteur ou seulement dans la partie supérieure.

a) *Dédoublement partiel* des feuillets ligamentaires.

On peut encore considérer la tumeur comme supportée par un pédicule constitué par la partie inférieure du ligament large, dont la largeur, dit Kœberlé, peut aller de 10 à 20 centimètres. (Voir Tixier, thèse de Strasbourg, p. 10, 1869). Dès lors on conçoit que les méthodes de traitement de ce pédicule pourront être celles que l'on emploie pour les kystes pédiculés ordinaires, avec cette différence

qu'il y aura lieu de diviser le ligament large en plusieurs faisceaux. Ce procédé est dangereux, parce qu'il nécessite l'ouverture des vaisseaux qui sillonnent le feuillet séreux et expose aux hémorrhagies ; il nécessite de nombreuses ligatures qu'il est bon de ne pas multiplier dans la plaie.

Il est préférable de pratiquer l'énucléation. L'énucléation employée depuis 1867, par Kœberlé, a été, dit Castaneda (1), proposée par Miner de Buffalo, au Congrès de Philadelphie, puis adoptée et modifiée par le professeur Kocher, de Berne.

L'énucléation qui, d'après Castaneda, avait été proposé par Miner de Buffalo, au Congrès de Philadelphie, appartient, croyons-nous, à M. Kœberlé.

M. Gross l'a vu pratiquer par ce chirurgien en 1867. M. Kœberlé employait l'énucléation dans les deux cas suivants :

Lorsqu'il rencontrait, dans les *pédicules larges*, des kystes développés à la base de l'ovaire (kystes inclus), il énucléait la base du kyste et conservait soigneusement la coque qui l'enveloppait ; il s'en servait pour allonger le pédicule et fait amener l'extrémité de celui-ci, ainsi que l'anse de fil de fer qui l'étreignait, jusqu'au niveau de la peau.

M. Gross eut occasion d'assister en 1868, M. Kœberlé dans l'extirpation d'un kyste de petit volume, *sans pédicule*, par conséquent inclus. Ce kyste fut énucléé, et la coque entière conservée et disposée de manière à former un pédicule, sur lequel une ligature put être placée et qui dès lors put être amenée au dehors de la cavité abdominale.

A la même époque, M. Gross a vu M. Kœberlé pratiquer l'énucléation des kystes ovariens au début, tels qu'on les rencontre parfois après l'ablation d'une première tumeur kystique, en ramenant le deuxième ovaire.

Dans plusieurs opérations pratiquées par M. Kœberlé, M. Gross a vu l'habile opérateur énucléer de petits kystes de la grosseur d'une noix ou même d'une pomme. Une fois l'énucléation faite, M. Kœberlé rendait la cavité créée absolument étanche par une compression pratiquée pendant quelques instants à l'aide d'une éponge ou en comprimant les parties entre les doigts ; puis, tout

(1) Castaneda y Triana. Thèse Paris, 1882, p. 76.

écoulement sanguin étant arrêté, il appliquait exactement les parties les unes sur les autres, il abandonnait le tout dans la cavité abdominale.

En l'absence d'adhérences, c'est un moyen tellement simple d'enlever le kyste, que l'on est surpris que certains chirurgiens l'aient peu employé.

On pratique l'énucléation en cherchant l'interstice cellulaire qui réunit le ligament large à la tumeur. Comme nous supposons les adhérences nulles, on n'aura à craindre aucune rupture de vaisseaux importants pendant la décortication, le doigt promené à la surface du kyste arrivera à le libérer jusqu'à l'ovaire. Le détachement complet s'opérera alors en jetant une ligature au-dessous des parties malades ou en réséquant la portion de l'ovaire dégénérée. Il ne faut pas supprimer toute la glande lorsqu'une seule de ses parties est malade, de même qu'on ne doit pas, d'après Schröder (1), enlever entièrement l'ovaire du côté opposé lorsqu'il présente à sa surface de petits kystes naissants. L'excision cunéiforme des parties kystiques suffit amplement pour garantir contre une évolution néoplasique ultérieure et elle n'a pas l'inconvénient de supprimer la fonction génitale. Schröder a appliqué avec succès cette méthode en suturant par 12 fils isolés les lèvres de la plaie faite sur l'ovaire par l'excision d'un kyste commençant; le résultat fut favorable.

Après l'énucléation, la coque du kyste s'affaisse et ses parois s'appliquent l'une contre l'autre; il n'est donc pas nécessaire de réunir ses parois l'une à l'autre, l'exsudat péritonéal suffisant pour fournir une prompte cicatrisation. Les partisans du traitement extrapéritonéal peuvent encore dans ce cas, comme Kœberlé le pratiquait autrefois, amener le pédicule dans la plaie sans trop tirailler cette dernière, puisque le ligament large a été entièrement détaché et peut former, en le réunissant en bourse, un ou plusieurs pédicules assez longs.

Il n'en est plus de même quand on ne pratique pas la décortication, comme le conseillent Hégar et Kaltenbach (2); on est forcé alors de se servir comme pédicule de la portion ligamentaire non dédoublée et comme elle est courte, on ne peut attirer ce pédicule à l'extérieur sans causer de tiraillements sur les organes pelviens et

(1) Schröder. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. T. XI, p. 358.

(2) Hégar et Kaltenbach. Gynécologie opératoire, p. 207.

sans exposer la malade à souffrir dans la suite de tranchées utérines ou de désordres intestinaux. La supériorité de l'énucléation se montre dans le non morcellement du ligament large et l'absence de ligatures ; par cette méthode on peut, du reste, réunir en un seul faisceau par une ligature en bourse les deux feuillets séreux pour oblitérer la cavité où se trouvait le kyste, ou bien suturer entre elles les deux parties afin d'obtenir une réunion. Schröder (1) préférant, dans ces cas, la méthode extrapéritonéale, ne décortique pas la partie inférieure du kyste, mais se sert de toute cette partie qu'il réunit en un faisceau qui allonge le pédicule ligamentaire et permet de le suturer dans la plaie.

b) *Dédoublement complet* du ligament large.

L'énucléation, facile encore quand il n'y a pas d'adhérences, produit alors une cavité interligamentaire très profonde dont le fond est formé par la couche cellulaire sous-péritonéale ; mais il est à remarquer que fréquemment la tumeur prend des connexions assez étroites avec le tissu cellulaire pelvien. On sépare encore les feuillets séreux de la tumeur en se servant pour trouver l'interstice de la saillie formée par la trompe, qui indique le sommet de l'aileron moyen et le trajet des vaisseaux utéro-ovariens. Le décollement se fait avec précaution en ayant bien soin de ne pas quitter la surface du kyste et il n'est pas rare de pouvoir l'énucléer sans perte de sang, sans léser le péritoine. Le plus grand danger réside dans l'existence de la cavité où était renfermée la tumeur ; que faire en effet de cette cavité ? Plusieurs procédés ont été employés pour traiter cette complication. Le plus simple consiste à laisser la cicatrisation s'effectuer seule ; comme on n'a fait tout au plus que quelques ligatures au catgut et une ou deux ligatures au fil de soie au niveau de l'aileron de l'ovaire, on n'a pas à craindre la formation d'abcès.

L'exsudat qui se produit dans la cavité est très faible et s'organise vite pour combler l'intervalle qui existe entre les replis péritonéaux. Ce processus réparateur peut avoir lieu quand l'opération a été facile et peu longue, mais quand la décortication a été assez pénible, que les vaisseaux déchirés sont assez volumineux ou qu'il se produit un suintement sanguin en nappe, il est à craindre que ce liquide se collectionne ou passe à la purulence, et il faut autant

(1) Schröder. — Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn., 1878. H. 2. p. 369.

que possible oblitérer la cavité. On a essayé alors d'arrêter la prédisposition à l'hémorrhagie par la cautérisation, c'est la méthode de Keith (1); par la striction des feuillets dans un clamp à mortaise et à branches dentelées (méthode de Braxton Hicks, cité par Boinet, article ovariectomie du dict. encycl.) et surtout par la suture des feuillets entre eux. Cette suture ne doit être faite que si les feuillets s'appliquent par des surfaces nettes, non recouvertes de tissus fibreux ou de débris de kyste; son but est de faire adhérer les replis du ligament large et détruire toute crainte de suppuration.

Dans les kystes volumineux avec écartement des feuillets ligamentaires, décollement du péritoine qui revêt l'utérus, le plancher pelvien, etc., il est rare de pouvoir exactement appliquer les parties les unes contre les autres, il est plus rare encore de pouvoir appliquer les sutures. Le drainage, dans ces cas, paraît indiqué; cependant les observations récentes d'Olshausen semblent prouver que le plus avantageux est de laisser les choses en l'état, sans suture, sans drainage. Si toute hémorrhagie est arrêtée, l'exsudation de sérosité ou de lymphe est rapidement absorbée par le péritoine, et la cicatrisation s'opère bien. C'est ce qui arriva dans cette observation de M. le professeur Gross.

Kyste de l'ovaire gauche inclus dans le ligament large. — Ovariectomie par Enucléation. — Guérison.

Observation recueillie à la clinique chirurgicale de M. le Professeur Gross, par M. Knœpfler, interne du service.

La nommée J. Antoinette, âgée de 47 ans, mariée, entre à l'hôpital civil, le 21 janvier 1885, adressée à M. le professeur Gross par M. le Dr Liétard, de Plombières (Vosges).

Cette femme est d'une bonne constitution, d'une santé antérieure satisfaisante. Régulée pour la première fois à 14 ans, elle ne ressentit jamais aucun malaise menstruel. Pas de leucorrhée. La dernière menstruation qui arriva le 15 janvier, fut longue (9 jours), douloureuse; les douleurs ne cessèrent pas complètement depuis cette époque.

Premier enfant il y a 20 ans. La puerpéralité fut normale. Fausse couche, il y a 10 ans, survenue sans cause appréciable, au 3^{me} mois de la grossesse.

(1) The Lancet, 1876. — V. I. p. 562.

La malade raconte que c'est depuis *huit* mois seulement qu'elle remarqua une augmentation de volume de son ventre; elle n'y attachait pas grande importance parce qu'elle ne ressentait aucune douleur et que la menstruation restait régulière. Jusqu'à mi-novembre 1884, elle continua son travail, à ce moment la gêne commença: la tuméfaction portait surtout sur le côté droit. En même temps les jambes s'œdéma-tiaient sous l'influence de la station debout et la respiration devenait plus embarrassée. Au mois de janvier, apparurent des douleurs hypogastriques et lombaires; ce sont elles qui décidèrent la malade à consulter un médecin.

État actuel. — L'état général semble peu altéré; le visage est coloré, présente peu les caractères du faciès ovarique.

L'abdomen est considérablement tuméfié et élargi: il est plus saillant à gauche qu'à droite, on remarque à sa surface des réseaux veineux dilatés. Vergetures anciennes. L'ombilic est saillant. Les mensurations donnent: Circonférence au niveau de l'ombilic = 111 centimètres; distance de l'ombilic à l'appendice xyphoïde = 22 centimètres; distance de la symphyse pubienne à l'ombilic = 21 centimètres; distance de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche à l'ombilic = 27 centimètres; distance de l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ombilic = 26 centimètres.

A la palpation, on trouve une rénitence à peu près générale, accentuée surtout à gauche. On ne parvient pas à délimiter toute la tumeur. Ses limites se trouvent difficilement vers le haut; vers les fosses iliaques, on sent de nombreuses lobulations, dont une très résistante siège au niveau de la fosse iliaque droite. La fluctuation, est très-nette, facile à produire dans la plus grande partie de la tumeur, surtout dans les parties supérieures; elle manque à droite et en bas. A la percussion des flancs, on trouve une matité égale dans tous les points, dans toute la région ombilicale, les deux fosses iliaques, la région hypogastrique. La sonorité intestinale ne se trouve que difficilement tout à fait en arrière vers les régions lombaires.

Au toucher, on n'atteint qu'avec une extrême difficulté le col utérin: celui-ci est très élevé et refoulé en haut derrière le pubis. Tout le cul-de-sac postérieur est rempli par une énorme tumeur, résistante, fixe et sans la moindre fluctuation transmise. Cette tumeur descend jusqu'à la vulve. Dans la région hypogastrique, au dessus du pubis, on trouve un corps dur, saillant, se délimitant nettement du reste de la tumeur et qui pourrait bien être le corps de l'utérus, dont il présente exactement la forme.

Il y a un œdème des jambes, prononcé surtout à droite.

Les symptômes fonctionnels sont peu accentués. Toutefois, la miction

est fréquente, surtout pendant la nuit. Constipation habituelle souvent difficile à vaincre.

L'appétit est faible, la soif vive. Les autres fonctions sont régulières. Pas d'albumine dans les urines.

Opération, 16 février, avec l'aide de MM. les professeurs Herrgott et Weiss, de MM. Rohmer, Alphonse Herrgott, professeurs agrégés. M. le Dr Liétard, de Plombières, médecin de la malade, assiste à l'opération. Les autres aides sont: M. le Dr Guillemin, chef de clinique, Knœpfler, interne du service. M. Vautrin, interne, est chargé de la chloroformisation.

La malade a purgé et pris un bain la veille; le matin, on lui avait administré un lavement purgatif.

Après les précautions d'isolement et d'antisepsie habituelles, la malade est endormie.

La chloroformisation étant complète, on fait le cathétérisme vésical: celui-ci a présenté de la difficulté à cause de la déviation que l'urèthre a subie par suite du déplacement de l'utérus et de la vessie. On constate que la vessie remonte très-haut.

M. Gross fait sur la ligne blanche une incision partant de l'ombilic et se prolongeant jusqu'à 5 centimètres au-dessus du pubis. Pendant l'opération, cette incision a été prolongée jusqu'à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic. intéresse les parties molles jusque et y compris le péritoine.

En écartant les lèvres de la plaie, on aperçoit tout d'abord l'utérus en antéposition et remonté en avant de la tumeur. Du bord gauche de cet organe, part un cordon, qui n'est autre que la trompe et son aileron, et qui croise la face antérieure de la tumeur de bas en haut en sautoir. Au-dessus de ce faisceau fibro-vasculaire, la paroi du kyste apparaît dans son tiers supérieur dépourvue de tout revêtement péritonéal et avec son aspect normal. C'est en ce point et sur la ligne médiane que M. Gross enfonce la canule-trocart de Kœberlé.

On retire 11 litres d'un liquide épais, brun verdâtre foncé. L'ouverture de la ponction est ensuite fermée avec une pince en T et on essaie de mobiliser la tumeur.

La partie supérieure seule dépourvue d'adhérences cède assez facilement, mais la moitié inférieure de la tumeur, absolument fixe, dont le volume ne s'est pas modifié, malgré la ponction du kyste, plonge profondément dans le bassin, entre le vagin et le rectum et semble adhérer de toute part.

La lame antérieure du ligament large, comprenant les vaisseaux est d'abord saisie avec des pinces en T, puis divisée en trois portions, liée avec un fil de soie antiseptique et sectionnée. Cherchant à libérer la tu-

meur en dehors vers la fosse iliaque gauche, M. Gross est arrêté par le volume de la masse qui reste encore à enlever; en dedans il arrive à décoller la tumeur de la face postérieure de l'utérus à laquelle elle était adhérente dans toute son étendue. Eprouvant toujours de la difficulté à continuer l'opération, M. Gross pratique une nouvelle ponction, en enfonçant la canule-trocart dans la partie profonde de la tumeur. Une grande quantité de liquide (2 à 3 litres) s'écoule, et la tumeur s'affaisse en partie.

A partir de ce moment, il fut plus aisé de manœuvrer autour de la tumeur et l'opération devint plus facile.

La partie droite de la tumeur est énucléée d'abord (le kyste après avoir décollé le péritoine de la face postérieure de l'utérus, avait en partie envahi et dédoublé le ligament large droit). En arrière, une forte adhérence au rectum est divisée après ligature.

Revenant alors à gauche, l'opérateur énucléée d'abord la partie du néoplasme qui occupait la fosse iliaque gauche; avançant lentement et prudemment, il circonscrit peu à peu la masse néoplasique, qui plongeait profondément dans le bassin, la décolle du plancher pelvien et achève ainsi l'énucléation et l'ablation de la tumeur.

L'écoulement sanguin a été très faible pendant tout le temps de l'opération. Six ou huit ligatures au catgut furent nécessaires pour assurer l'hémostase sur la surface d'où le kyste venait d'être détaché; les unes au niveau du bord gauche et du col de l'utérus, les autres (deux) dans la profondeur du cul-de-sac recto-vaginal largement distendu.

Après avoir soigneusement épongé le sang sur les surfaces cruentées et dans le fond du cul-de-sac, M. Gross reconnaissant l'impossibilité de suturer les surfaces péritonéales et ne voyant pas le moindre suintement de sang se produire, renonce au drainage préventif et se résoud à réduire les pédicules vasculaires et à fermer la cavité abdominale.

On place sur le péritoine une douzaine de sutures au catgut n° 3. Les parties molles sont ensuite réunies à l'aide de fils d'argent (7 points de suture) et d'épingles disposées dans l'intervalle des fils. Durée de l'opération: 1 h. 14. Un pansement antiseptique et compressif est ensuite appliqué.

L'opérée est ensuite portée dans son lit. On prescrit des pilules de glace, un peu de champagne par cuillerées à café et le cathétérisme vésical toutes les 5 à 6 heures. Quelques vomituritions le soir. P. 116. T. 40°.

On a eu affaire à un kyste de l'ovaire multiloculaire, composé de plusieurs grandes loges contenant un liquide brun, visqueux et de petites loges renfermant une matière colloïde. Le poids du kyste vidé est de 1 kil. 490.

17 Février. — N'a pas vomé dans la journée. Pas de douleurs.

18 Février. — Les épingles sont enlevées et remplacées par des mèches collodionnées. Même état satisfaisant. Pas de vomissements. Le soir, P. 108, T. 39°

Pas de symptômes péritonéaux. Le matin, P. 100, T. 38°3 ; P. 104 et T. 38°3 le soir.

19 Février. — Emission de gaz par l'anus. L'opérée ne ressent aucun malaise. Le matin, P. 96, T. 37°8 ; le soir, P. 84, T. 37°5.

20 Février. — Même état satisfaisant. On enlève les fils d'argent. Une selle après l'administration d'une cuillerée d'huile de ricin. Le matin, P. 92, T. 37°5 ; le soir, P. 92, T. 38°.

22 Février. — La malade accuse quelques douleurs au méat et dans le bas-ventre. Les urines sont légèrement troubles. Légère cystite due au cathétérisme. Le matin, P. 88, T. 37°5 ; le soir, P. 88, T. 38°.

23 Février. — Température un peu élevée, mais aucun malaise à signaler. Le matin, P. 96, T. 39°2 ; le soir, P. 92, T. 38°4.

24 Février. — Pas de selles depuis 4 jours. La malade se plaint d'une douleur à la base du thorax droit : l'auscultation ne révèle rien à ce niveau. Au toucher vaginal, on ne constate aucun empatement dans les culs-de-sac. Le matin, P. 88, T. 38°6 ; le soir, P. 92, T. 39°.

25 Février. — Urines spontanées. Douleurs intestinales. 30 grammes d'huile de ricin n'ont aucun effet. Le matin, P. 88, T. 38°5 ; le soir, P. 88, T. 38°4.

26 Février. — Légère selle à la suite d'un lavement et de la prise de deux verres de limonade purgative. Le matin, P. 96, T. 38°5 ; le soir, P. 96, T. 38°5.

28 Février. — Même état. Le matin, P. 84, T. 38°2 ; le soir, P. 92, T. 38°6.

2 Mars. — L'opérée est placée dans la salle commune. Etat général bon. Le matin, P. 84, T. 37°6 ; le soir, P. 96, T. 38°8.

6 Mars. — Douleurs au niveau de l'ombilic, accrue par une légère pression. Pas de rougeur. Le matin, P. 88, T. 38° ; le soir, P. 80, T. 37°8.

Les jours suivants, état satisfaisant ; mais température toujours au-dessus de 37°5.

11 Mars. — En enlevant le pansement, on remarque un petit suintement de pus au niveau de l'ombilic. Il existe dans l'épaisseur de la paroi une petite collection qu'on épuise avec des mèches de coton salycilé.

Au bout de quelques jours, le petit abcès est complètement fermé ; la température a baissé dès l'évacuation du pus.

L'opérée se lève pour la première fois le 25 mars, et le 6 avril elle

quitte l'hôpital complètement guérie. Elle est venue se représenter à l'hôpital plus tard, et a récemment donné les meilleures nouvelles de sa santé.

Nous n'avons examiné jusqu'ici que le cas très-simple où aucune adhérence ne compliquait l'inclusion des kystes ovariens et nous avons vu que le mode de traitement le plus convenable était l'énucléation avec ou sans formation de pédicule. Etudions brièvement les indications opératoires qui résultent des différentes formes d'adhérences et distinguons deux cas suivant que ces adhérences sont viscérales ou non.

En présence d'*adhérences* simples, *non viscérales*, le chirurgien doit s'efforcer de toujours se rapprocher de la méthode la plus simple, l'énucléation. Si le contact entre les feuillets ligamentaires et la tumeur est rendu intime par la présence de tissu fibreux intermédiaire, il faut encore, dit Kœberlé, essayer, par des manœuvres douces et patientes, le décollement de ces adhérences ; si ce moyen est impossible, en raison de l'organisation fibreuse et de la vascularisation de ces produits inflammatoires, la section des brides entre deux ligatures est nécessaire. Un des inconvénients les plus grands de cette méthode de décortication consiste en ce que l'opération est rendue plus longue par le détachement minutieux de toutes les adhérences ; néanmoins, il est bien rare que l'on n'arrive pas à libérer la tumeur dans son entier de la coque ligamentaire.

Comme dans tous les tissus modifiés par l'inflammation, la séparation des feuillets péritonéaux de la surface du kyste expose à des hémorrhagies en nappe considérables ; pour les éviter et pour faciliter la décortication, Terrillon (1) conseille, avant de commencer l'énucléation, de saisir entre deux pinces à forcepessure les parties interne et externe du ligament large qui contiennent les vaisseaux nourriciers de la tumeur, et d'assurer l'hémostase préventive par la ligature successive des vaisseaux qui viennent de l'utérus et des vaisseaux utéro-ovariens. Hégar et Kaltenbach (loc. cit. p. 207) placent avant de commencer la décortication, plusieurs ligatures en masse sur le ligament infundibulo-pelvien et les vaisseaux spermaticques, puis sur la partie ligamentaire qui confine à l'utérus et contient des branches importantes venant de l'artère utérine. Tous les

(1) Terrillon. — Revue de chirurgie, 1884, p. 126.

chirurgiens ont signalé l'importance de ces réseaux vasculaires au point de vue de l'ovariotomie. A l'aide de ces moyens et des ligatures au catgut jetées sur les vaisseaux de la surface interne des feuillets ligamentaires, l'hémostase est assurée ; cependant on doit se souvenir de la difficulté d'exercer une striction convenable sur ces parties et surtout sur les vaisseaux qui émergent du tissu cellulaire pelvien, ce qui produit le glissement des ligatures et une hémorrhagie consécutive. Il est aussi des cas où le suintement sanguin résultant de la déchirure des petits vaisseaux qui unissaient la paroi kystique au ligament ne peut être arrêté, séance tenante, et le chirurgien est obligé de fermer le ventre avant d'avoir assuré l'hémostase absolue.

C'est pour ces cas surtout que la cautérisation proposée par Baker Brown est utile. Il ne serait pas prudent, dans de telles circonstances, de faire la suture abdominale sans s'inquiéter de l'épanchement qui se produit dans le petit bassin, car le péritoine peut parfaitement, à la suite d'une longue opération, ne pas résorber le liquide exsudé, qui passe alors à la purulence.

Essayer la suture des feuillets serait encore une pure chimère, puisque les surfaces ne sont pas disposées pour une réunion, elles ont été morcelées par les tentatives de décollement, et elles renferment des tissus peu propres à une cicatrisation immédiate.

La persistance de cette cavité ligamentaire est le principal obstacle devant lequel se sont arrêtés bien des chirurgiens ; les uns, les plus nombreux, ont conclu qu'il fallait laisser adhérente la portion inférieure du kyste, les autres ont cherché le traitement par la suppuration après énucléation complète.

La division du ligament en plusieurs faisceaux liés et attirés dans la plaie, la suture en bourse de la partie supérieure de ce ligament et le maintien de cette suture comme un pédicule extrapéritonéal, en permettant la surveillance plus directe de la cavité pelvienne, n'avait pas mis à l'abri des accidents, car, une fois la cavité qui formait la coque du kyste supprimée, le liquide s'accumulait dans le tissu cellulaire pelvien et causait des désordres qui enlevaient rapidement les malades. C'est alors que plusieurs chirurgiens eurent l'idée d'appliquer le drainage péritonéal afin de pratiquer le dessèchement complet du péritoine.

C'est Peaslee, le premier, dit Kaltenbach, qui eut l'idée du drai-

nage prophylactique qu'il pratiquait par le vagin. En 1867, Kœberlé employait une canule de verre qu'il laissait à demeure dans la cavité abdominale et faisait sortir par l'angle inférieur de la plaie ; son exemple fut bientôt suivi généralement, surtout par Keith et Spencer Wells.

Les résultats du drainage furent bons au début, mais peu à peu on reconnut à ce procédé de grands inconvénients que la pratique rigoureuse de l'antisepsie diminua dans la suite. On fit le drainage par trois méthodes :

1° Par la plaie abdominale.

2° Par le vagin.

3° Par la plaie abdominale et le vagin.

1° *Le drainage par la plaie abdominale* est de beaucoup le plus pratique ; c'est à lui qu'on a le plus souvent recours. Il est assuré par un tube en caoutchouc ou une sonde en gomme plongeant dans la cavité où s'épanche le liquide, et fixé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale ; un pansement antiseptique protège l'orifice contre l'influence nocive de l'air extérieur.

Ce moyen très simple, n'est pas toutefois aussi avantageux que le drainage par la canule en verre de Kœberlé, dans lequel l'air extérieur ne peut pénétrer dans la cavité abdominale, grâce à la présence d'un bourdonnet d'ouate phéniquée, destiné à absorber les liquides septiques péritonéaux. Ce procédé employé par Wells et par Hégear, maintient très bien le dessèchement de la cavité du bassin et permet l'enlèvement du tube au bout de quatre à cinq jours.

Au drainage abdominal, Nüsbaum joint la position abdominale ou latéro-abdominale qu'il fait prendre à la malade pour favoriser l'écoulement des liquides que la pression par un bandage ne suffit pas toujours à expulser de la cavité pelvienne.

Nous trouvons dans la thèse de Urdy (1) une modification ingénieuse apportée par Péan au drainage abdominal. Dans un cas de kyste multiloculaire, ce chirurgien imagina, après décortication aussi complète que possible, de suturer à la plaie abdominale le feuillet postérieur du ligament large décollé, afin d'isoler la cavité séreuse de celle du bassin ; il pratiquait alors le drainage habituel.

(1) Urdy. — Thèse de Paris, 1874.

Par ce moyen, l'auteur évitait les complications péritonéales et pouvait traiter la cavité suppurante comme un véritable abcès.

Kehrer (1), pour empêcher l'accumulation des liquides dans la cavité abdominale, propose le drainage capillaire, qui, mieux que tous les modes de drainage, absorbe l'épanchement à mesure qu'il se forme et paraît exempt des reproches faits aux autres procédés. L'auteur emploie des écheveaux de coton tordu, désinfectés par une cuisson prolongée dans la solution phéniquée 5 0/0. Ces écheveaux, en nombre variable, sont réunis à leur extrémité libre dans un tube en caoutchouc qui est lui-même fixé à la partie inférieure de la plaie abdominale et recouvert de gaze phéniquée. Hégar critique ce procédé qui ne permet pas le renouvellement des écheveaux de coton, et ne peut assurer, par conséquent, contre l'infection septique ni l'imprégnation des fils par la fibrine coagulée.

2° *Le drainage par le vagin* en ayant l'avantage d'assurer, par sa position déclive, le libre écoulement des liquides, a cependant le grand inconvénient de ne pouvoir assurer l'antisepsie complète et d'exposer à l'introduction des matières septiques contenues dans le mucus vaginal. Malgré les lavages avec une solution antiseptique, il est à peu près impossible de se mettre à l'abri de ces influences nocives. Nous trouvons ce mode de drainage employé trois fois dans nos observations (obs. 23, 24, 40), tandis que le drainage abdominal l'a été vingt-neuf fois. Gaillard Thomas qui est un des partisans les plus fervents de cette méthode signale des accidents du côté du tissu cellulaire pelvien, et Lœbker (2) le condamne parce qu'il ne remplit pas son but; l'extrémité du tube se recouvrant, au bout de deux jours, de fausses membranes qui l'obturent. Kœberlé (art. ovaires du dict. de méd. et de chir. prat.) propose de fermer entièrement la cavité abdominale et d'attendre le développement des accidents de rétention; avec la pratique de l'antisepsie, on a bien des chances de ne pas voir survenir la suppuration et on peut éviter ainsi les inconvénients d'un drainage parfois inutile. Pour s'assurer contre les dangers ultérieurs, il serait prudent de faire préventivement une incision vaginale à travers le cul-de-sac postérieur, sauf à la laisser se fermer spontanément, mais de manière cependant à pouvoir la rouvrir aisément au cas où il se produirait une accumulation de liquide dans le bassin.

(1) Kehrer. — Centralb. f. Gyn. n° 3, XV, H. 3.

(2) Lœbker. — Arch. f. Gynæk. Bd. 1882, in Hayem, 1883.

3° Le *drainage abdomino-vaginal* a eu un grand succès auprès de certains chirurgiens. Sims, Kaltenbach, Hégar, l'ont souvent employé avec succès. Olshausen (1) n'a jamais eu que des revers dans les cas où il l'a employé ; il a complètement renoncé à son emploi. Martin et Schröder tendent aussi à restreindre son usage. Outre les hémorrhagies vaginales auxquelles il expose par le passage du drain, il met la cavité abdominale en rapport avec l'air extérieur et apporte un nouvel élément en faveur de la septicité des liquides. Les lavages antiseptiques qu'il permet de faire dans le bassin, ne suffisent pas à empêcher les accidents fébriles qui souvent enlèvent les malades (deux cas de mort d'Olshausen). Il se produit, en outre, une suppuration autour du drain, qui peut entraîner la persistance de fistules vaginales ou abdominales très difficiles à traiter.

Il arrive quelquefois que l'opérateur, en libérant les adhérences, porte son bistouri sur la vessie et ouvre sa cavité ; cet accident est surtout fréquent quand l'organe est remonté au-dessus du pubis avec l'utérus, ou quand il est déplacé latéralement.

Les lames fibreuses qui cachent la surface péritonéale de la vessie sont généralement les causes de cette méprise qui peut avoir les plus funestes conséquences. Le chirurgien est généralement prévenu de la blessure vésicale par l'issue d'urine par la plaie. Il doit s'occuper aussitôt de suturer cette plaie au moyen du catgut et de placer une sonde dans l'urèthre pendant quelques jours. Eustache (2), de Lille, cite un cas où il déchira la vessie en détachant les adhérences ; trois points de suture au catgut n° 0 furent appliqués, et la guérison suivit. Spencer Wells rapporte une observation semblable.

Pozzi, dans le cours d'une ovariectomie, ouvrit la vessie dans toute sa hauteur, croyant ouvrir un kyste ; il se contenta de suturer la partie postérieure de la plaie et laissa le reste largement ouvert. La malade guérit très bien. Ces cas ne sont malheureusement pas la règle et on doit tenir la perforation vésicale pour une complication sérieuse.

En raison de la position de l'uretère au-dessous de la base de la plupart des tumeurs qui, développées dans le ligament large, atteignent le tissu cellulaire du plancher pelvien, on conçoit que les adhérences de ce canal avec les kystes soient assez fréquentes.

(1) Olshausen. — Beitræge, Klin. z. Gyn. und. Geb., p. 50 1884.

(2) Eustache. — Arch. de Tocologie. 1874.

Dans la séparation des kystes avec la couche adipeuse sous-péritonéale, on est exposé à sectionner l'uretère, ou à le déchirer en détachant trop brusquement les adhérences inférieures.

Deux fois dans nos observations, (obs. 71, 81), cet accident est arrivé. Dans un de ces cas obs. 71, l'uretère fut fixé dans la plaie et donna lieu à une fistule uretéro-abdominale qui fut traitée dans la suite par la suture vésicale. Hégar essaya de suturer un jour un uretère qu'il avait sectionné avec la vessie, mais il ne réussit pas et il en résulta une fistule abdominale urinaire. Simon, cité par Hégar et Kaltenbach (1), a traité une fistule uretéro-abdominale, consécutive à une ovariectomie faite par Walther et a dû faire la néphrectomie.

Grâce à l'antisepsie et au manuel opératoire perfectionné qui sont les compléments utiles de l'ovariectomie actuelle, on a pu se mettre à l'abri de la plupart des accidents, réputés inévitables autrefois ; la vérité de ce jugement est prouvée par l'énorme proportion des guérisons qui suivent les opérations difficiles. La suppuration intra-abdominale est rare, parce qu'à la rapidité de l'exécution, à la propreté la plus minutieuse, on joint les plus grandes précautions dans le détachement des adhérences et le traitement des pédicules. Faire un drainage après une ovariectomie, doit être une chose très rare aujourd'hui et réservée seulement aux cas les plus complexes. « En opérant à pédicule perdu, dit Kœberlé (2), on doit être conséquent, faire toujours une réunion complète et ne jamais recourir au drainage, soit abdominal, soit vaginal, qui, employé préventivement, est du reste le plus souvent inutile. »

Olshausen, dans les cas les plus compliqués, a rejeté tout drainage ; théoriquement, il le croit très-bon, mais il n'en a jamais retiré pratiquement que des inconvénients.

Laisser la cicatrisation de la blessure péritonéale et la résorption des liquides se faire d'elles-mêmes, suturer les feuillets entre eux ou séparer en plusieurs faisceaux les débris du ligament large ou employer les deux méthodes réunies, comme l'a fait M. le professeur Gross et comme le fait aujourd'hui Olshausen, tels sont les seuls procédés qui nous paraissent recommandables dans l'état actuel de l'ovariectomie.

(1) Hégar et Kaltenbach. — Gynécologie opératoire. p. 231.

(2) Kœberlé. — Art. ovaires in dict. de med. et de chir. praht.

Le drainage préventif est souvent inutile, rarement les indications seront suffisantes pour l'établir après l'opération, à moins qu'on ne trouve des abcès ou de grands décollements qui nécessitent immédiatement une voie pour l'écoulement des liquides ; presque toujours on devra laisser à la séreuse péritonéale le soin de résorber les exsudats, sauf à intervenir si quelque symptôme de rétention réclame une prompte évacuation.

III. — *Kystes à inclusion complète.*

Dans cette variété de kystes, le traitement ne différera pas de celui des kystes à inclusion incomplète ; il y a seulement quelques particularités à établir au sujet des feuillets péritonéaux.

Il est inutile de chercher à faire une énucléation complète, c'est-à-dire de décoller toute l'étendue du ligament large.

Miner (1) qui donna le premier les règles de la décortication, avait déjà indiqué que le chirurgien devait inciser le revêtement péritonéal là où les vaisseaux étaient moins considérables, et que la main seule devait déchirer les adhérences. C'est encore le meilleur procédé aujourd'hui ; que l'on se serve d'un instrument mousse, ou, qu'à l'exemple de Kœberlé, on emploie un linge sec pour détacher les lames celluleuses, le point principal est qu'on sache éviter les vaisseaux et qu'on n'aille pas s'égarer entre les lames de la paroi du kyste où la vascularisation est très-abondante. On incisera donc, dit Olshausen, le péritoine vers la base de la tumeur et on énucléera le kyste sans perte de sang considérable. Quand on a l'intention de laisser le ligament large intact, sans en faire de pédicule, en jetant seulement quelques ligatures sur ses vaisseaux, il est indiqué de n'en décoller que la partie suffisante pour recouvrir le plancher pelvien et pour faire la suture au catgut ou au fil de soie ; mais si on veut former un ou plusieurs pédicules, il est nécessaire de détacher jusqu'à la partie supérieure de la tumeur afin de pouvoir employer le traitement extrapéritonéal ou intrapéritonéal. C'est ainsi que l'on pratiquait autrefois l'allongement du pédicule quand on voulait fixer ce dernier dans la plaie abdominale.

■

(1) Miner. — Americ, Journ. of. med. scienc. Oct. 1872. p. 391.

Si, pour arrêter l'hémorrhagie, on se décide à former un ou plusieurs pédicules, on pourra ou lier les uns après les autres les vaisseaux qui peuvent donner du sang ou employer la cautérisation, comme Keith le fait depuis longtemps, le clamp, comme Spencer Wells l'employait, ou le serre-nœud de Kœberlé. Tous ces moyens excellents, contre une hémorrhagie éventuelle, compliquent beaucoup le manuel opératoire et ne garantissent pas plus contre la perte de sang que la ligature au catgut. Il semble cependant que la cautérisation du pédicule avec le thermo-cautère Paquelin soit inoffensive autant qu'efficace ; de nombreux chirurgiens l'ont déjà employée avec succès.

Olshausen (1) a abandonné le serre-nœud qu'il employait, ainsi que les ligatures isolées au catgut, pour adopter la ligature élastique plus commode et qui garantit mieux contre les hémorrhagies que le fil de soie et permet de lier sans division préalable les gros pédicules.

Le nœud de la ligature élastique ne se relâche pas et n'a pas besoin d'être assujéti par un autre fil ; la constriction qu'il exerce est constante et ne diminue pas à la suite de l'opération. Grâce à sa simplicité et à la sûreté qu'elle procure, cette ligature paraît destinée à entrer dans la pratique ; elle a d'ailleurs donné de remarquables résultats dans l'hystérectomie et est recommandée en France surtout par Terrillon et Pozzi.

Les adhérences, dans le cas d'inclusion complète, donneront lieu au même traitement que pour les inclusions incomplètes. La cavité résultant de l'enlèvement du kyste exposera aussi aux mêmes dangers et sera susceptible par conséquent de suppurer, surtout dans les décollements qui avoisinent l'intestin, dont l'influence est bien reconnue sur les collections sanguines qui l'environnent. Wegner (2) a démontré en effet que la suppression d'une tumeur volumineuse de l'abdomen et l'absence de rétraction des parois abdominales, en créant un vide relatif dans la cavité péritonéale, favorisent l'exsudation de sérosité très-apte à passer à la suppuration par l'action des principes septiques qui résultent du voisinage de l'intestin ; il suit de là que les collections du cul-de-sac de Douglas devront être l'objet d'une surveillance plus active que les autres.

(1) Olshausen. Deutsche Zeits. f. chir. Bd. XVI. 1882, p. 171.

(2) Wegner. Arch. f. Klin. chir. B. XX. — H. I. 1876, p. 51.

C'est ce qui a déterminé Kimbal (1) à employer, dans ces cas, préventivement le drainage capillaire du repli de Douglas, en faisant passer par l'orifice de la ponction les fils qui forment la ligature du pédicule.

La question du traitement dans les cas de kystes inclus est encore loin d'être résolue, on le voit : toutefois les immenses progrès de la chirurgie abdominale nous annoncent une solution prochaine.

Ovariectomie vaginale. — L'ovariectomie vaginale faite un certain nombre de fois pour des kystes de l'ovaire, nous paraît impraticable dans le cas de tumeurs incluses, à cause des connexions de ces tumeurs avec le ligament large et les organes voisins. De toutes les ovariectomies faites par la voie vaginale, une seule nous paraît avoir été pratiquée pour un kyste à large base d'implantation sur le ligament large, c'est le cas de Goodell (2). Ce chirurgien fit deux pédicules avec le ligament large, les réduisit et fit la suture vaginale. La guérison fut complète.

Nous n'insistons pas plus sur la méthode vaginale qui n'est pas destinée, croyons-nous, à servir au traitement des kystes interligamentaires.

(1) Kimbal. — Boston med. and surg. Journ. 28 mai 1874. — in Jahresbericht, 1874.

(2) Goodell. — Arch. de Tocologie, 1878.

OPÉRATIONS INCOMPLÈTES

Le chirurgien se trouve quelquefois arrêté, au cours de l'ovariotomie, par des adhérences intimes avec les organes du bassin, avec la vessie, l'utérus et le rectum, adhérences qu'il ne peut détacher en aucun point; il semble que la tumeur ait envahi toutes les parties du bassin, dans lequel on ne peut la mobiliser. Il arrive aussi que l'opérateur non prévenu, constate une dégénérescence maligne de la tumeur ovarique avec envahissement des organes voisins, ou un kyste papillaire. Ces tumeurs papillaires, dit Olshausen (1) sont les plus dangereuses, quand elles siègent dans les ligaments larges, elles sont alors en majeure partie petites, revêtues quelquefois de papilles à leur surface, elles saignent au moindre contact et s'enlèvent difficilement.

Dans ces cas, l'extirpation totale est complètement impossible; il ne reste qu'un seul espoir au chirurgien, faire l'excision partielle du kyste. Il arrive même que l'on ne peut enlever aucune partie de la tumeur (Polaillon) (2). Le chirurgien doit reconnaître de suite si le kyste est énucléable, les connexions avec les parties voisines doivent le renseigner immédiatement afin qu'il ne prolonge pas l'opération en des essais infructueux qui n'auraient pour but que de mettre à nu des surfaces sanguinolentes prêtes à s'enflammer après l'opération.

(1) Olshausen. — Klin, Vorträge, Volkman, n° 111.

(2) Polaillon. — Soc. de chir. 4 juin, 1883.

Galenzowski, en 1829 (obs. I.), fut le premier, qui n'ayant pas réussi à extraire un kyste adhérent, fixa le reste de la tumeur excisée à la plaie abdominale. Clay proposa pour ces cas difficiles une méthode qui consistait à ne pas forcer le décollement des adhérences et à laisser les parties enclavées dans le bassin. Péan, sur 181 opérations, trouva 29 fois l'occasion de laisser une portion du néoplasme dans le bassin, mais ses résultats sont peu encourageants; de plus il néglige de donner des détails sur la guérison définitive. Sur les 28 opérations incomplètes de Spencer Wells, la mort a été hâtée dans 11 ou 12 cas et est survenue de 1 à 11 jours après l'opération. Dans d'autres cas, les progrès de la maladie n'ont pas été influencés.

Dans certains cas, la vie a été prolongée. Dans quelques-uns, la guérison a paru complète pendant quelque temps.

De tous les chirurgiens, Péan est le seul qui ait confiance dans les extirpations partielles et qui annonce leur guérison en cinq ou six semaines. Keith, Wells, Kœberlé, Périer et Terrillon sont plus pessimistes et s'appuyant sur leurs statistiques, ils croient à la rareté de la guérison complète et à la fréquence des fistules permanentes et des accidents septiques consécutifs.

Billroth craignait tellement l'ovariotomie incomplète que; jusqu'en 1879, il n'en avait fait aucune; depuis, sur 12 cas qu'il communiqua à Spencer Wells, il n'eut pas de mort. Il n'apprécie pas les résultats éloignés. Krassowski, de Saint-Pétersbourg, sur 112 ovariotomies, en laissa 12 inachevées et n'eut que 7 morts; on voit que ces résultats joints à ceux que nous donnent nos observations (29,5 de mortalité pour 100), font porter un pronostic assez sévère sur cette opération, surtout au point de vue des récidives éloignées et des fistules permanentes.

Kœberlé avait dit depuis longtemps que l'excision des kystes multiloculaires ne peut donner la guérison, c'est la conclusion que Terrier (1) vient de tirer de son travail sur les opérations incomplètes. Il formule ainsi ses résultats :

1° Quand le kyste est uniloculaire (kystes séreux ou dermoïdes), le résultat peut être excellent et la cavité kystique finit par se combler entièrement.

2° Quand le kyste est multiloculaire, les résultats sont médiocres ;

(1) Terrier. — Revue de chirurgie, 1881, p. 625.

la tumeur tend à récidiver, la fistule abdominale persiste indéfiniment, enfin la suppuration interminable expose à la septicémie chronique et à l'épuisement.

Le manuel opératoire de l'ovariotomie incomplète ne nous arrêtera pas longtemps, il est très simple. Tous les chirurgiens depuis Clay ont employé les mêmes procédés.

Une fois le kyste ponctionné, certains chirurgiens, comme Winkel (1), l'attirent à l'extérieur et suturent sa paroi ou le revêtement péritonéal seul de cette paroi, comme Stilling le faisait, aux lèvres de la plaie abdominale, puis sectionnent la partie procidente ; ils évitent ainsi de souiller le péritoine de liquides septiques contenant quelquefois des éléments épithéliaux ; ils ne s'exposent pas non plus à ne pouvoir attirer dans la plaie la partie néoplasique restante, quand elle a été sectionnée trop près de sa base d'implantation.

D'autres chirurgiens vident d'abord le kyste, resèquent sa portion supérieure et réunissent à la plaie abdominale les lèvres de la section de la base du kyste ; si la circonférence de la tumeur dépasse la longueur des bords de la plaie, ils forment un pli avec la paroi du kyste, suturent ce pli et établissent un drainage (Muller (2) Kaltenbach et Hégar) (3).

Certains auteurs recommandent l'abandon dans la cavité abdominale de la portion kystique restante, après cautérisation préalable de l'intérieur de la poche ligamentaire. Tillaux a rapporté un exemple qui justifie ce procédé employé depuis longtemps en Angleterre où la cautérisation au fer rouge sert pour l'hémostase et l'antisepsie des pédicules. Olshausen le recommande également. Il préfère, dit-il, une opération incomplète avec abandon de portions kystiques dans l'abdomen que de pratiquer le drainage.

On a recommandé aussi de procéder au morcellement des petits kystes disposés sur la paroi interne des kystes adhérents, afin d'arrêter leur évolution morbide et de prévenir la récurrence. D'autres ont décortiqué, autant qu'ils l'ont pu, la surface interne de la tumeur ; mais l'importance des hémorrhagies que l'on détermine ainsi expose à de sérieux dangers,

(1) Winkel. — *Path. dev. Weibl. Sex. org.* p. 356.

(2) Müller. — *Corresp. blatt f. Schw.* 1 et 15 févr. 1880.

(3) Kaltenbach et Hégar. — *Gynec. Opér. trad. Bar.* 1884.

La méthode de l'ovariotomie incomplète pratiquée d'après le procédé de suture abdominale, aboutit rarement à la guérison et le drainage que la suppuration de la cavité kystique nécessite, cause des fistules persistantes, qu'aucun moyen chirurgical ne peut tarir. Souvent des végétations papillaires ou cancéreuses font irruption à l'extérieur par ces fistules et traduisent la malignité de la maladie. Son procédé, dit-il, expose bien à des récidives, mais met à l'abri des accidents septiques. Dans le procédé par abandon dans le ventre, outre les hémorrhagies pouvant résulter de la section des parois du kyste, il faut craindre encore la suppuration et les récidives avec envahissement des organes voisins.

CONCLUSIONS

1° Les kystes interligamentaires sont le résultat d'anomalies dans disposition anatomique ou dans le développement de l'ovaire ; ils peuvent se développer à la suite d'un processus pathologique, généralement de cause inflammatoire.

a) L'existence d'ovaires surnuméraires est plus fréquente qu'on ne le croit généralement ; elle peut expliquer le développement des kystes inclus et leurs différentes variétés.

b) La présence de la couche ovigène et de l'épithélium germinatif entre les feuillets du mésovarium ;

c) L'absence ou l'étalement du mésovarium ;

d) Les congestions menstruelles ou celles de l'état de grossesse ;

e) Les congestions dues à une cause pathologique, et les dilatations vasculaires ;

f) Les processus d'ovarite, de périovarite, de pelvipéritonite ;

g) Les transplantations de l'ovaire et ses déplacements ;

Sont autant de causes qui peuvent produire les différentes formes d'inclusion.

2° Les kystes ovariens inclus, quoiqu'ayant même constitution histologique que les tumeurs pédiculées ont cependant une plus grande tendance à la dégénérescence.

3° Les variétés de kystes proliférants, aréolaires, papillaires, sont particulièrement fréquentes.

Il en résulte une plus grande tendance aux récides.

4° Les changements de position des organes voisins du kyste, utérus, rectum, vessie, sont fréquents. L'utérus est souvent en antéposition et remonté au-dessus du pubis.

5° Les adhérences pelviennes peuvent être très intimes et opposer un obstacle insurmontable à l'énucléation.

6° L'existence d'une tumeur interligamentaire devra être soupçonnée :

- a) Quand on trouvera l'utérus remonté au-dessus du pubis ;
- b) Quand la tumeur sera peu mobile ;
- c) Quand elle sera sentie par le toucher rectal ou vaginal.

7° La présence d'adhérences pourra être souvent reconnue, par la mobilité de la tumeur sur les organes voisins et par les moyens d'exploration exposés au chapitre du diagnostic.

8° Le pronostic dépend des connexions de la tumeur, de sa nature.

- a) Il est le plus souvent bénin, grâce aux modes de traitement actuel.
- b) Il est sérieux, si la tumeur est papillaire ; fatal, si elle est maligne.
- c) Il est grave, si les adhérences sont fortes.

9° Le traitement de choix est l'énucléation.

- a) Sans drainage ;
- b) Avec drainage, si des accidents de rétention sont à craindre ;
- c) Si le drainage doit être employé, on choisira le drainage abdominal.

10° L'ovariotomie incomplète est réservée aux cas, dans lesquels le kyste trop adhérent ne peut être extirpé en totalité.

- a) Elle prédispose aux récidives et aux fistules abdominales ;
 - b) Elle n'est d'un bon pronostic que dans les cas de kystes uniloculaires.
-

TABLEAUX D'OBSERVATIONS

Opérations

TABLEAU I.

N ^o d'ordre.	OPÉRATEUR — LIEU de publication.	DATE de l'opération.	ÂGE	ANTÉCÉDENTS — DÉBUT de l'affection.	TRAITEMENT ANTÉRIEUR.	NATURE du kyste — DIAGNOSTIC.	COTÉ.
1	Galenowski, in London med. Gaz. 1829, rapportée par Kœberlé.	»	»	»	»	»	»
2	Kœberlé in dict. Jac- coud, t. XXV, p. 558.	1862	»	»	»	»	Droit.
3	Sp. Wells, thèse Urdy, 1874.	1865	50	Mariée.	»	»	»
4	Péan, cliniq. chir., t. I.	1868	»	Etat général mauvais.	»	Multiloculaire.	Droit.
5	Richard Neale, med. Times, nov. 1868.	1868	»	»	»	Tunique séreuse dégé- nérée.	»
6	Péan, cliniq. chir., t. I.	Juin 1872	50	»	»	Multiloculaire-aréolaire.	Droit.
7	Péan, cliniq. chir. t. I.	Juin 1873	45	»	50 ponctions an- térieures.	Aréolaire à contenu vis- queux.	Droit.
8	Péan, id.	Octobre 1873	34	Ascite.	»	Multiloculaire. — Sér. — hémorrhagique.	Gauche.

N. B. — Le signe (») a été adopté chaque fois que l'observation originale manquait des détails nécessaires.
Le chiffre (0) signifie que le mode de traitement indiqué en tête de la colonne, n'a pas été suivi.

incomplètes.

DÉTAIL DES OPÉRATIONS.

ADHÉRENCES.	TRAITEMENT de la base d'implantation.	DRAINAGE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
Très fortes dans le bassin. — Large base d'implantation.	Incision addominale de 45 centimètres. — Excision de la partie supérieure du kyste, dont le reste est suturé aux bords de la plaie.	»	Guérison regardée comme complète au bout de deux mois, après suppuration de la poche.	»
Le rectum, l'utérus et les parties voisines sont unis par un tissu très épais avec la tumeur.	Enucléation impossible. — Extirpation de l'utérus et des deux ovaires impossible. — Un fil de fer étroit la base du kyste au moyen d'un serre-nœud. — Excision de la portion supérieure du kyste. — Le reste de la poche est traité par suppuration.	Drainage abdominal de la poche kystique, pendant deux ans.	La suppuration n'a jamais été tarie. — Fistule permanente.	Les parois de la fistule sont devenues carcinomateuses. — L'ovaire droit est kystique.
Adhérences pelviennes très fortes.	Partie non adhérente du kyste enlevée à l'écraseur. — Le reste est conservé.	»	Mort après 76 heures par obstruction intestinale.	»
Vasculaires généralisées.	Pédicule court formé avec le kyste. — Cautérisation de la surface au fer rouge. — Huit ligatures perdues.	O	Mort par fièvre hectique.	»
Dans tout le petit bassin.	Une partie de la tumeur est laissée dans le bassin. — Perforation de la vessie. — Suture.	»	Guérison.	»
Générales. — Avec les viscères et les parois. — Implantation sous-péritonéale depuis l'utérus jusqu'au cœcum et dans la fosse iliaque droite.	Ponction. — 18 litres de liquide. — Ablation de la partie aréolaire par morcellement. — Enormes vaisseaux comprimés avec des pinces. — 6 pinces à demeure. — Cautérisation de la surface d'implantation au fer rouge. — Ligature en masse avec le ligateur Chintrat.	O	Guérison.	»
Généralisées et fibreuses avec les parois, le mésentère, l'intestin, l'utérus et la trompe gauche.	Ponction. — 20 litres de liquide. — Poids de la tumeur : 17 kil. 500. — En trois points, on laisse des fragments de kyste trop adhérents qu'on traite comme pédicule ordinaire et qu'on laisse suppuré.	O	Guérison.	»
Prolongements en tous sens. — Adhérences avec les viscères.	Pas de pédicule. — Ligament large décollé. — Traitement par suppuration.	Canule à demeure dans la ligne large.	Guérison.	»

Opérations

TABLEAU II.

N ^o d'ordre.	OPÉRATEUR — LIEU de publication.	DATE de l'opération.	AGE	ANTÉCÉDENTS — DÉBUT de l'affection.	TRAITEMENT ANTÉRIEUR.	NATURE du kyste — DIAGNOSTIC	COTÉ.
9	Péan, clin. chir., t. I.	Décembre 1873.	35	»	Ponction 8 jours avant qui a donné 48 lit. de liquide ver- dâtre et filant.	Aréolaire. — Inclus dans le ligament large. — Tumeur à la fois intra et extra péritonéale. — Utérus repoussé en haut et en avant. — Remonte jusqu'aux hy- pochondres.	Gauche.
10	Péan, id.	12 avril 1874.	40	Péritonite antérieure.	0	Kyste multiloc. — Li- quide verdâtre. — On craint une dégénéres- cence cancéreuse.	Gauche.
11	Gayet, Lyon médi- cal, 26 avril 1874.	Octobre 1873.	42	Santé antérieure bonne. — Début de la mala- die, il y a 7 ans. — Pas d'enfant.	0	Multiloc. — Fluctuation manifeste. — Utérus élevé, incliné à droite. — Kyste ou pédicule court.	Gauche.
12	Péan, clin. chir., t. I.	Mai 1874.	28	»	»	Contenu sérieux. — Pon- ction : 17 litres.	Gauche.
13	Id.	Août 1874.	53	»	»	Mixte. — Contenu séro- gélatineux. — Vessie repoussée au fond du bassin.	Droit.
14	Id.	Août 1874.	26	Etat général mauvais,	Nombreuses ponctions.	Mixte. — Contenu puru- lent. — Ponction : 20 litres de liquide.	Gauche.

incomplètes (*suite*).

DÉTAIL DES OPÉRATIONS.

ADHÉRENCES	TRAITEMENT de la base d'implantation.	DRAINAGE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
Dans le fond du bassin.	Enucléation de la poche sous-péritonéale. — Pincés à demeure sur les vaisseaux. — Ligature du corps de l'utérus et amputation de son fond, des deux trompes et de l'ovaire droit. — Dans la plaie abdominale sont maintenus : 1 ^o le pédicule du kyste sur l'ovaire ; 2 ^o une quinzaine de pincés hémostatiques, un lambeau du feuillet pariétal et le moignon utérin.	Drainage abdomino-vaginal. Lavages.	Guérison.	»
Nulles. — Quelques fausses membranes dans la fosse iliaque droite.	Enucléation partielle. — La partie profonde, formée en bourse, est traitée par suppuration.	Canule à demeure.	Guérison.	»
Avec l'utérus et la cavité du bassin.	Enucléation impossible au niveau de l'utérus. — Série d'anses de fil de soie sur les parois du kyste pour arrêter le sang et suture de la poche à la plaie abdominale.	»	Mort le 3 ^e jour de péritonite septique.	A l'autopsie. — Cavité péritonéale intacte. — Le tissu cellulaire pelvien décollé était tombé en gangrène. — Fusées le long du psoas et emphyseme.
Avec l'épiploon qui coiffe le kyste. — Avec la face postérieure de la vésie.	Exclision d'une portion de l'épiploon décollé et saignant. — Décollement des adhérences vésicales. — Conservation de la partie incluse du kyste et suture de ses parois à la plaie abdominale. — Suppuration.	Canule de Dupuytren à demeure.	Mort par péritonite.	»
Décollement et doublement du mésentère et du péritoine [de la fosse iliaque.	Adhérences pariétales rompues avec le grattoir. — Cinq ligatures perdues. — Compression manuelle pendant 15 minutes. — On laisse une masse aréolaire plus grosse qu'une tête d'adulte. — Suppuration.	»	Guérison.	»
Généralisées. — pariétales et épiploïques. — Intestinales. — Les anses intestinales sont difficilement distinguées dans la masse aréolaire.	Enucléation de la masse aréolaire laborieuse. — Une anse intestinale est blessée. — Suture métallique. — Six ligatures perdues sur le péritoine. — Entonnoir dans le lig. large. — Traitement par suppuration.	»	Mort de choc.	»

Opérations

TABLEAU III.

N ^{os} d'ordre.	OPÉRATEUR — LIEU de publication.	DATE de l'opération.	AGE	ANTÉCÉDENTS — DÉBUT de l'affection.	TRAITEMENT ANTÉRIEUR.	NATURE du kyste — DIAGNOSTIC	COTÉ.
15	Péan, Cl. Chir., t. I.	Nov. 1874	45	»	»	Uniloculaire. — Contenu hémorrhagique.	Gauche.
16	Id.	Déc. 1874	45	»	»	Multiloculaire. — Contenu hémorrhagique.	Gauche.
17	Id.	Déc. 1874	37	»	»	Multiloculaire. — Contenu séreux. — Entraînement de l'utérus en haut.	Gauche.
18	Schatz, Arch. f. Gynœk, t. IX, p. 120.	Déc. 1874	24	Bonne santé habituelle. — Célibataire. — Menstruation arrêtée depuis deux ans. — Douleurs dans le ventre. — Début, il y a trois ans.	0	Utérus remonté à droite. — Séparé de la tumeur. — Ovaire gauche fait partie de la masse. — Pédicule partant du fond utérin. — Compression du rectum. — Exploration vaginale et rectale. — Kyste multiloculaire du lig. large.	Gauche.
19	Sp. Wells, in Arch. f. Gynœk, t. IX, p. 128.	1874	26	»	»	Multiloculaire. — Adhérent. — Ovarique gauche.	Gauche.
20	Péan, Cl. Chir., t. I.	Févr. 1875	54	»	»	Aréolaire. — Contenu gélatineux.	Gauche.
21	Id.	Mai 1875	38	»	»	Uniloculaire. — Séreux.	Droit.
22	Id.	Sept.	35	»	»	Mixte. — Contenu purulent. — Utérus remonté. — Kyste du lig. large.	Gauche.

incomplètes (suite).

DÉTAIL DES OPÉRATIONS.

ADHÉRENCES	TRAITEMENT de la base d'implantation.	DRAINAGE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
Au dessous et en arrière du lig. large gauche. — Pas d'adhérences.	Excision de la majeure partie du kyste; mais le fond de la poche étant fongueux, on énuclée par morceaux le reste du kyste. Les lambeaux du péritoine disséqués sont fixés dans la plaie. — Au fond, sept pinces à demeure.	»	Guérison.	»
De formation récente. — Solides avec l'épiploon et l'intestin grêle. — La tumeur a dédoublé le mésentère et adhère, au côté gauche de l'utérus.	Excision partielle. — Traitement par suppuration.	»	Mort le 3 ^e jour. — Manie aiguë.	»
Pas d'adhérences.	Ponction, 19 litres. — Traitement par suppuration.	Canule à demeure.	Mort par péritonite.	»
Pas d'adhérences. — Décollement du péritoine pariétal à gauche. — Quelques adhérences au colon sous lequel la tumeur s'est développée. — Le kyste a déplissé le mésentère de l'S iliaque. — Péritoine peu adhérent à la tumeur.	Vaisseaux très nombreux. — On ne cherche pas à énucléer à cause de l'hémorragie présumable. — Suture du reste du kyste excisé à la paroi abdominale. — Drainage vaginal.	Drainage abdomino-vaginal.	Guérison. — Fistule abdominale persistante. — Lavages intrakystiques phéniqués.	Bronchite. — Fièvre consécutive. — Septicémie lente.
Très fortes. — Base dans le lig. large. — Adhérences à la trompe.	Extirpation difficile, partielle. — Suture à la paroi abdominale. — Enlèvement d'un kyste du volume d'une orange à droite.	»	Guérison.	»
Générales, faibles et vasculaires avec le mésentère et l'intestin. — Adhère à la corne utérine gauche.	Incision du lig. large. — Enucléation. — Vingt pinces à demeure au fond du bassin. — Traitement par suppuration. — Durée de l'opération : 2 heures.	»	Mort le 2 ^e jour par péritonite.	»
Pas d'adhérences. — Trompe droite adhérente.	Enucléation. — Traitement par suppuration.	Petite canule à demeure.	Guérison.	Un abcès sous-péritonéal vient s'ouvrir dans la vessie.
Adhérences avec l'utérus, la trompe. — A dédoublé le lig. large.	Ligature sur la trompe gauche. — Enucléation. — Cinq lig. métalliques sur les gros vaisseaux. — 3 pédicules ramenés dans la plaie abdominale, aux lèvres de laquelle on suture les parois du lig. large. — Suppuration.	Canule à demeure.	Guérison.	»

Opérations

TABLEAU IV.

N ^{os} d'ordre.	OPÉRATEUR — LIEU de publication.	DATE de l'opération.	AGE	ANTÉCÉDENTS — DÉBUT de l'affection.	TRAITEMENT ANTÉRIEUR.	NATURE du kyste — DIAGNOSTIC	COTÉ.
23	Péan, Cl. chir. t. I.	Octobre 1875	46	»	»	Aréolaire. — Contenu séreux.	Gauche.
24	J. Weit, Berlin, klin. Wochens. 1876, n ^o 50, p. 717.	1876	45	Début, en août 1871. — Femme affaiblie.	0	Kyste dermoïde-multiloc. — Entre les feuillets du lig. large. — Uté- rus entraîné en haut; on ne le sent plus dans le vagin, on croyait à un kyste myxomateux. Ponction exploratrice. 500 gr. de liq. chocolat.	Gauche.
25	Gay, Boston méd. and. surg. J. 30. VIII.	1876	»	»	»	Kyste multiloc.	»
26	Id.	1876	»	»	»	Kyste multiloc.	»
27	Schröder, Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. H. 2, p. 365. 1878.	1876	61	Accouchée sept fois. — Ménopause à 50 ans. — Début, il y a 12 ans.	»	Tumeur grande, élasti- que. — Bruit de râpe sur toute la surface. — Utérus très haut. — Cul-de-sac vaginal pos- térieur très abaissé. — Kyste ovarique. — Vé- gétations papillaires qui ont perforé le kyste et sont étalées à sa sur- face.	Droit.
28	Schröder, Berlin. Klin. Woch. n ^o 50. 1876. Cité par Weit.	1876	»	»	»	Aréolaire.	»
29	J. Atlee, Amer. J. of med. Sciences. Janvier, p. 131. 1875.	1876	»	Paramétrite antérieure.	»	»	»
30	Gillette, Union med. 1877, n ^{os} 17 et 29.	1876	22	Un enfant.	»	Multiloculaire.	Gauche.
31	Péan, Cl. chir., t. III.	Fév. 1878	49	Très affaiblit. — Depuis deux mois, poussées de péritonite. — Dé- but, il y a 2 ans 1/2.	0	Proliférant. — Ponction. — 12 litres de liquide chocolat, filant.	Gauche.
32	Id.	Mars 1878	24	Lymphatique, délicate. — Bien réglée. — Dé- but, il y a 3 ans.	0	Multiloc. — Ponction. — Liquide sanguin, bru- mâtre, vieilli.	»
33	Naggarath, Americ. J. of Obstetric. 1879, p. 345.	1878	51	Début, il y a 10 ans. — Métrorrhagies profu- ses. — Douleurs. — Fièvre à la fin.	2 Ponctions.	Liquide épais, albumi- neux. — Corpuscules ovariques.	Gauche.

incomplètes (suite).

DÉTAIL DES OPÉRATIONS.

ADHÉRENCES	TRAITEMENT de la base d'implantation.	DRAINAGE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
Dédoublement du mésentère. — Pas d'adhérences.	Incision d'une coque cellulo-fibreuse qui entoure la tumeur. — Enucléation lon- gue et pénible. — 23 pinces laissées à demeure dans le bassin. — Suture du péritoine décollé à la plaie abd.	Drain vaginal.	Mort. — Périto- nite suraigue.	«
Intimes au niveau du cul-de-sac de Douglas.	Enucléation impossible. — Tumeur su- turée aux lèvres de la plaie abd. qu'on réunit exactement. — Suppuration. — Lister.	Drainage par le vagin. — En- lèvement du tube au bout de 30 jours.	Guérison après 6 semaines.	La malade quitta l'hôpital avec une plaie vaginale de la grandeur d'un mark.
Développement sous-séreux. — Adhérences dans tout le bassin.	Enucléation impossible. — On étreint le reste du kyste dans un clamp.	»	Guérison.	»
Interligamentaires.	Ablation partielle. — Emploi du clamp pour arrêter l'hémorrhagie.	»	Guérison.	»
Inclusion complète.	Excision de la partie supérieure du kyste; le reste est suturé à la plaie abd.	Drainage abdo- mino-vaginal.	Guérison. — Fis- tule persis- tante.	20 jours après, un lambeau kysti- que gangrené s'é- limine.
Inclusion complète.	Ablation partielle. — Le reste de la poche est suturé à la plaie abd.	Drainage du kyste seule- ment après l'o- pération.	Guérison.	»
Généralisées.	Excision d'une partie du kyste; le reste est pris dans un clamp et suturé à la plaie abd. — 5 jours après, enlève- ment du clamp.	»	Guérison.	»
Adhérences à l'S iliaque. — Déve- loppement sous- séreux.	Ablation incomplète. — Pédicule formé par les adhérences et une portion du kyste et la trompe. — Serre-nœud de Cintrat. — Broches en croix dans le pédicule.	»	Guérison le 20 ^e jour.	»
Très intimes dans le bassin. — Fond végétant.	Impossibilité d'enucléer. — On enlève la majeure partie de la poche et on réu- nit le reste à la plaie abd. — 8 pinces à demeure.	Tube dans la po- che. — Lava- ges phéniqués,	Mort le 9 ^e jour par septicé- mie.	»
Pas d'adhérences.	Enucléation complète, sauf une petite portion du fond, dont on dispose l'ori- fice en goulot, que l'on suture aux lèvres de la plaie. — Suppuration.	»	Mort le 3 ^e jour. — Péritonite aigue.	»
Inclusion complète.	On laissa environ le cinquième du kyste qui fut lié en 4 faisceaux différents et abandonné dans l'abdomen.	0	Guérison,	»

Opérations

TABLEAU V.

N ^o d'ordre.	OPÉRATEUR — LIEU de publication.	DATE de l'opération.	AGE	ANTÉCÉDENTS — DÉBUT de l'affection.	TRAITEMENT ANTÉRIEUR.	NATURE du kyste — DIAGNOSTIC	COTÉ.
34	Olshausen, Klin. Beiträge 3. Gy- næk. 1881.	Déc. 1878	36	»	»	Pauciloculaire.	»
35	Id.	Sept. 1879	42	Début, il y a six ans.	76 ponctions en six ans.	Papillaire. — Sous-sé- reux — Ascite.	»
36	Terrier, Revue de chir. 1881, p. 626.	Févr. 1880	47	Mariée. A eu des en- fants. — Début, il y a environ un an.	Deux ponctions.	Utérus haut et dévié, adhérent. — Multiloc. — Liquide séreux.	Gauche.
37	Guyon, Rev. de chir. 1881, p. 631.	Janv. 1880	16	Douleurs depuis quatre ans. — Règles irrég- ulières. — Fièvre. — Poussée inflamma- toire.	Ponction en no- vembre 1879.	Dermoïde. — Liquide sérueux.	»
38	Périer, Rev. de chir. 1881, p. 633.	Juin 1880	»	Affection utérine. — Dé- but, il y a six mois.		Utérus renversé en ar- rière. — La tumeur occupe le cul-de-sac vésico-utérin. — Kyste à parois végétantes. Multiloculaire.	Gauche.
39	Winckel, Path. der Weibl. Sex. org. p. 364	1880	34	Un enfant.	Deux ponctions.		Droit.
40	W. Tauffer, Wien. med. Woch. Jan- vier 1885, n ^o 3.	Fév. 1882	45	Femme mariée.	Deux ponctions.	Extrapéritonéal.	»
41	Id.	1882	47	Mariée	»	Parois très vasculaires, — Aréolaire en partie extrapéritonéal.	»
42	W. Tauffer, Wiener med. Woch. 1885, n ^o 3.	Avril 1882	22	Non mariée. — Héma- tome ancien dans le lig. large droit.	0	Kyste de la grosseur du poing.	Gauche.
43	Terrillon, Soc. de chir., 17 juin 1883.	Fév. 1883	28	Pas de grossesse. — Dé- but, il y a six mois. — Dysurie. — Gène.	0	Utérus remonté. — Tu- meur sentie dans le cul-de-sac vaginal gauche. — Ponction exploratrice. — Li- quide verdâtre-siru- peux. — Multiloc. et aréolaire.	Gauche.
44	Id.	Fév. 1883	58	Bien réglée jusqu'à 40 ans. Début, il y a dix ans. — Amaigrisse- ment. — Faiblesse.	0	Tumeur remonte jus- qu'au-dessus de l'om- bilic. — Utérus re- monté. — Cul-de-sac postérieur repoussé par la tumeur fluc- tuante. — Ponction exploratrice. — Li- quide visqueux, grisâ- tre. — Multiloc. — Tu- meur bilobée.	2 ovai- res.
45	W. Tauffer, Wien. med. Woch. 1885, n ^o 3.	Fév. 1884	44	Mariée.	0	Multiloculaire.	Gauche.
46	Olshausen, in Pitha et Billroth.	»	30	»	»	Tumeurs indépendantes l'une de l'autre. — In- clusion ligamentaire, — Kystes papillaires, en dégénérescence.	2 ovai- res.
47	Id.	»	32	Non mariée. — Début, il y a trois ans. — As- cite.	Ponctions.	Liquide colloïde. — Kystes papillaires.	2 ovai- res.

incomplètes (suite).

DÉTAIL DES OPÉRATIONS.

ADHÉRENCES	TRAITEMENT de la base d'implantation.	DRAINAGE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
Très fermes à la paroi, à l'intestin.	Opération très difficile. — Quatre ligatures en masse sur la base de la tumeur. — Une partie du kyste est abandonnée.	,	Guérison. — Va bien au bout de deux ans.	Le reste de la tumeur s'est bien ratatinée.
Considérables.	Enucléation impossible. — 5 ligatures en masse au catgut. — Base de la tumeur abandonnée.	Drainage. — Lavages au thymol.	Mort de choc 14 heures après l'opération.	*
Avec la paroi, la fin de la colonne lombaire et l'excavation.	Enucléation impossible. — On suture les parois du kyste réséqué à la plaie par 10 fils — Les loges kystiques restantes sont déchirées.	Drainage abdominal. — Lavages.	Guérison. — Fistule persistante.	Récidive quelques mois après. — Fistule purulente. — Cachexie.
Profondes solides et avec l'intestin et la paroi.	Incision du kyste qui contient une masse graisseuse, ossiforme. — Résection de la partie supérieure et suture du reste à la plaie abd. après grattage de la poche.	3 drains dans la plaie.	Guérison. — Fistule abdominale.	La fistule abdominale persiste.
Entre la tumeur et l'utérus.	Enucléation impossible. — Excision de la poche. — Suture de la base à la plaie abd. — Ligature sur la trompe.	4 tubes à drainage par la plaie.	Guérison. — Fistule abdominale.	La fistule persiste et ses bords sont couverts de végétations.
Dans le bassin.	Extirpation partielle. — Le kyste est fixé à la paroi abdominale.	Drainage.	Guérison après deux mois.	*
,	Ne se laisse enlever qu'en partie. — Portion restante suturée à la plaie abd.	Drainage à travers le cul-de-sac de Douglas et le vagin.	Guérison. — La fistule persiste pendant des mois.	Intoxication iodée.
,	Ne peut être extirpé entièrement. — La partie restante est suturée à la plaie.	Drainage.	Guérison après 3 mois.	*
En partie extrapéritonéales. — Avec les parties voisines.	Ouverture de l'hématome par le vagin — Extirpation du kyste. — Opération très difficile. — Durée : 1h.40.	Drainage vaginal.	Guérison.	Embarras gastrique le 3 ^e jour. T. 39.05.
Nulles. — Enclavement dans le lig. large.	Enucléation impossible. — Le fond du kyste, aréolaire, est nettoyé et reçoit deux drains.	Drainage abdominal.	Guérison. — Il reste une fistule.	Fistule abdominale qui diminue de calibre.
Nulles à droite. — Kyste gauche très adhérent dans le bassin.	Enucléation du kyste droit. — Celui de gauche ne peut être extirpé ; les parois sont fixées à la plaie abd. avec des sutures et deux broches. — Lister. — Opération : 1h.14.	2 tubes à drainage dans la plaie.	Mort après 21 jours. — Péritonite.	Symptômes pulmonaires après l'opération.
Adhérences utérines. — Riche réseau veineux dans la capsule péritonéale.	Enucléation partielle. Capsule en partie enlevée après ligature des vaisseaux. — Ovaire droit kystique enlevé.	Drainage abdominal.	Guérison.	Abscès de la paroi abdominale.
Adhérences à l'utérus et à tout le bassin.	Extirpation partielle. — Abrasion aussi complète que possible.	,	,	Les papilles ont envahi le péritoine du bassin jusqu'au vagin et à l'anus.
Inclusions complètes. — Adhérences pelviennes.	On renonce à l'extirpation. — On fait un drainage abdominal. — Suppuration.	Drainage abdominal.	Mort.	Les papilles faisaient irruption par la fistule abd. Suppuration abondante. Septicémie

Opérations

TABLEAU VI.

N ^{os} d'ordre.	OPÉRATEUR — LIEU de publication.	DATE de l'opération.	AGE.	ANTÉCÉDENTS — DÉBUT de l'affection.	TRAITEMENT ANTÉRIEUR.	NATURE du kyste — DIAGNOSTIC.	COTÉ.
48	Atlee, rapportée par Schatz in Arch. f. Gynæk, t. IX, p. 128.	1866	29	Menstruation irrégulière. — Mariée. — Stérile. — Deux ans avant, œdème des cuisses. Début, il y a 7 ans.	»	Uniloculaire. — Liquide limpide. — Tumeur composée de 2 kystes très vasculaires.	Gauche.
49	P. Muller (Wurtzbourg), id.	1867	28	Réglée depuis 15 ans. A 18 ans, cessation des règles pendant plusieurs mois. Non mariée. — Chlorose. — Ventre tuméfié depuis 2 ans. — Amaigrissement.	»	Uniloculaire. — Pas d'éléments papillaires vasculaires.	Droit.
50	Wagner (Koenigsberg), id.	1868	24	Règles irrégulières surtout depuis 5 ans. — Célibataire. — Tuméfaction du ventre. — Amaigrissement. — Début, il y a plusieurs années.	»	Uniloculaire. — Ponction exploratrice ; surface séreuse très vasculaire, contenu verdâtre.	Droit.
51	Péan, Cl. Chir., t. I.	Avril 1868	35	»	»	Multiloculaire simulant par la largeur du pédicule une tumeur fibrocystique de l'utérus.	»
52	Nott, rapportée par Schatz (loc. cit.).	1869	27	Ponctions en 1863 et 1865. — Mariage en 1867. — Une fille. — En 1868, avortement. Le ventre fut tuméfié pendant 6 semaines.	2 ponctions.	Uniloculaire en forme de boule. — Surface lisse.	Gauche.
53	Péan, Union médicale, 1869, t. II, p. 874.	1869	41	Non mariée. — Mère morte de cancer. — Métrite. — Maladie de cœur. — Réglée à 13 ans. — Amaigrissement. — Essoufflement.	»	Col volumineux. — Culs-de-sac ; vaginaux dilatés. — Utérus remonté, non mobile. — Rectum comprimé. — Vessie aplatie multiloculaire. — Utérus hypertrophié avec tumeur fibreuse.	»
54	Spiegelberg, id.	1870	45	Mariée depuis 17 ans. — Développement rapide.	Ponction en 1869, sans résultat.	Tumeur atteignant 34 c. au-dessus de la symphyse. — Ponction exploratrice, 5 jours av. l'opération. — Uniloculaire.	»
55	Meadow, London obstetric. transact. 1873, p. 39.	1872	29	Règles normales. — Peu de douleurs. — Durée de l'affection : 2 ans.	»	Uniloculaire. — Parois minces.	»
56	Brunker (Dundalk), Schatz (loc. cit.).	1872	40	Menstruation normale. Mariée depuis 1 an ; a un enfant. — Bonne santé.	1 ponction.	Liquide trouble, huileux. On ne peut retrouver le kyste après la ponction. — Kyste ovarique.	»
57	Lloyd Roberts (Manchester), in Schatz (loc. cit.).	1872	30	Réglée depuis l'âge de 18 ans. — Constipation. — Amaigrissement.	1 ponction.	Kyste mince, transparent. — Liquide clair.	»
58	Péan, Cl. Chir.	Août 1873	»	Ascite, 5 à 6 litres.	»	Séro-purulent. — Loges multiples.	Gauche.

complètes.

DÉTAIL DES OPÉRATIONS.

ADHÉRENCES.	TRAITEMENT de la base d'implantation.	DRAINAGE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
Adhérences de deux kystes.	Enucléation facile.	»	Guérison.	Au bout d'un mois, récurrence et mort par péritonite chronique.
Pas d'adhérences.	Extirpation. — Ligature double sur le pédicule.	»	Mort 76 h, après l'opération par péritonite.	Hémorragie consécutive.
»	Extirpation facile. — Pédicule membraneux. — Une ligature sur ce pédicule.	»	Mort.	Autopsie: Ovaire gauche normal, ovaire droit contient deux kystes gros comme une cerise.
Pas d'adhérences.	Détachement par morcellement suivi de cautérisation. — Plusieurs ligatures perdues.	Tube de verre dans le bassin.	Mort par péritonite pelvienne.	Poids de la tumeur : 18 kilogr. Premier emploi du ligateur Cintrat.
Nulles.	Extirpation.	»	Guérison.	Fièvre intermittente.
Avec l'épiploon. — Avec l'utérus et sa tumeur. — Trompe dilatée. — Masse unie intimement.	Les tumeurs sont attirées en haut; on lie leur pédicule en deux parties. — Ligateur Cintrat. Section au-dessus du fil des tumeurs. — Le pédicule est attiré au dehors.	»	Guérison.	Les parties sphacelées du pédicule s'éliminent peu à peu.
Avec le colon par une membrane large de 4 cent.	Enucléation. — Trois ligatures autour de la masse du ligament large.	»	Guérison.	»
Nulles.	Ligature du pédicule qui est réduit dans le ventre.	»	Guérison en 14 jours.	»
»	2 ^e ponction. — Guérison.	»	Guérison dou- teuse, dit Schatz.	»
»	Facile à enucléer. — Trompe enroulée et unie à la paroi.	»	Guérison.	»
Généralisées à la paroi, à l'épiploon, à l'intestin et à la face inférieure du foie.	Tumeur enlevée par morcellement. — Ligature en masse de la base d'insertion. — Adhérences saignantes.	»	Mort, par péritonite, le 7 ^e j.	A la base de la tumeur, gâteau aréolaire, aspect encéphaloïde.

Opérations

TABLEAU VII.

N ^o d'ordre.	OPÉRATEUR — LIEU de publication.	DATE de l'opération	AGE	ANTÉCÉDENTS — DÉBUT de l'affection.	TRAITEMENT ANTÉRIEUR.	NATURE du kyste — DIAGNOSTIC	COTÉ.
59	Péan, Cl. chir., t. I.	Sept. 1873	26	Faiblesse extrême. — Asthme.	»	Multiloculaire. — Con- tenu visqueux.	Droit.
60	Id.	Janv. 1874	54	»	»	Mixte à contenu vis- queux. Grande loge en avant.	Gauche.
61	Id.	Févr. 1874	20	»	»	Mixte. — Contenu sé- reux, aréolaire au fond — gros lobe sous le foie.	Droit.
62	Péan, in Thèse Urdy. Paris, 1874.	Févr. 1874	50	»	»	Mixte. — Contenu hé- morrhagique, gélati- neux.	Droit.
63	Th. Auger, Bull. Soc. anat. de Paris, 1874, p. 182.	1874	18	Début il y a 7 mois. — Dysurie, ténésme vési- cal. — Règles régu- lières. — Non mariée.	Ponction. — Ma- tière suiffuse, sébacée.	Utérus remonté. — Ves- sie déviée à gauche. — 2 lobes distincts. — Tumeurs compri- mant le rectum. — Kyste dermoïde,	Droit.
64	Péan (loc. cit.).	Janv. 1875	53	»	»	Mixte. — Contenu gé- latineux et purulent. — Aréolaire en par- tie; cette partie est incluse.	Gauche.
65	Kleberg, Zeitschrift, f. Chirurgie VI, Haft. 3.	1875	»	»	»	Volume d'une tête d'a- dulte.	»
66	Trenholme, Obst. Journ. of, gr. Brit. oct. 1876 (in Jah- resbericht) 1876.	1876	31	Douleurs et pertes de sang abondantes. — Stérile.	Première tenta- tive d'énucléa- tion. — In- succès.	Multiloculaire.	2 oval- res.
67	Olshausen, Kliu. Beitr. y Gynæk. 1884, p. 58.	Mars 1876	39	Faiblesse.	»	Proliférant extrapérito- néal.	»

complètes (suite).

DÉTAIL DES OPÉRATIONS.				
ADHÉRENCES	TRAITEMENT de la base d'implantation.	DRAINAGE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
Pas d'adhérences. — Ligament large soulevé. — Trompe hypertrophiée et placée en sautoir sur la tumeur.	Enucléation facile.	»	Mort le 4 ^e jour par crise d'asthme.	»
A toute la paroi abd. et à l'intestin.	Enucléation. — Formation d'un pédicule qui est fixé à l'angle inférieur	»	Guérison.	Fond est une masse aréolaire s'insérant dans le lig. par une surface de plus de 10 cent.
Généralisées, molles et vasculaires sur le mésentère, ligature en masse. — Avec l'utérus.	Trompe droite excisée au niveau de la corne utérine. — On forme un pédicule lié en 2 moitiés, l'une comprenant le moignon de la trompe. Ce pédicule est fixé à l'angle inférieur de la plaie et au-dessus de lui le mésentère réséqué et lié.	»	Guérison.	Masse aréolaire, deux fois comme une tête d'adulte.
Epiploon descendant jusqu'au pubis. Avec le mésentère et les intestins.	Masse aréolaire au fond. — En la détachant, une anse d'intestin grêle est ouverte. — Adossement des séreuses et six points de suture métallique. Ligature en masse de la surface d'implantation. — Pédicule artificiel, attiré dans l'angle inférieur.	»	Mort par péritonite.	»
Avec l'utérus; trompe droite adhère à la partie postérieure du kyste.	Enucléation facile. — Fil de fer autour du pédicule.	»	Guérison en 23 jours.	La tumeur était recouverte par le lig. large. — Elle contenait une matière grasse, des cheveux et des dents
»	Incision du lig. large et énucléation. — Six pinces à demeure.	»	Guérison.	»
»	Extirpation. — Ligature du pédicule, on fait sortir les fils par la plaie.	Drainage.	Mort par péritonite.	»
Générales du bassin.	Ligature en masse au-dessus des ovaires. — Section au-dessus.	»	Guérison.	»
Pariétales.	Ligature sur la base du kyste. — Huit ligatures en masse. — Hémorrhagie sérieuse.	»	Mort au bout de un an et demi.	Poids = 40 kil. — Fièvre dans la suite avec fistule abd.

Opérations

TABLEAU VIII.

N ^{os} d'ordre.	OPÉRATEUR — LIEU de publication.	DATE de l'opération.	AGE	ANTÉCÉDENTS — DÉBUT de l'affection.	TRAITEMENT ANTÉRIEUR.	NATURE du kyste — DIAGNOSTIC	COTÉ.
68	Arning, Arch. f. Gynæk, t. X, p. 392.	1876	45	Mère de six enfants. — A eu le dernier il y a 12 ans. — Remarque: en 1871 une tuméfaction du bas ventre.	1 ^{re} ponction, 1873 2 ^e ponction, 1875.	Tumeur sur laquelle on sent un cordon douloureux. — Après la ponction, le kyste disparaît et ne reparait que quelque temps après.	Gauche.
69	Péan, Cl. Chir., t. II.	1876	55	»	»	Mixte. — Contenu gélatineux. — Tumeur à parois épaisses, fibreuses.	Gauche.
70	Gilman Kimbal, Boston med. and surg. J. V. XCV, 31 août 1876.	1876	48	Opérée il y a 11 ans pour un kyste de l'ovaire pesant 33 livres. — Récidive 6 ans après.	3 ponctions successives.	Liquide couleur chocolat. — Multiloculaire.	Gauche.
71	Hegar, rapporté par W. Tauffer, in Wien. med. Woch. 1885, n ^o 3.	»	»	»	»	Aréolaire.	Gauche.
72	Nicolaysen, Klin. Medeleiser, R. 3, B. 9, in Jahresbericht. 1879, p. 569.	»	33	Abdomen de la grosseur d'un utérus de 7 à 8 mois.	»	Tumeur de la grosseur du poing.	Droit.
73	A. Martin, Berlin. klin. Woch, n ^o 15, p. 209.	»	22	Nullipare. — Scrofuleuse. — Ascite de 12 litres.	»	Multiloculaire. — Grosseur d'une tête d'adulte. — Petite extrémité fait saillie dans l'abdomen. — Grosse extrémité enclavée dans le lig. large.	Gauche.
74	Schröder, Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. H. 2, p. 365, 1878.	1877	20	Fille. — N'a plus ses règles depuis 1876. — La tumeur disparaissait souvent. — Le 3 mars 1877, dyspnée subite. — Collapsus.	En 1876, ponction avec injection iodée.	Kyste très grand. — Multiloculaire. — Rompu à plusieurs reprises.	Gauche.
75	Id.	1877	34	Trois enfants, le dernier en 1876. — Début en 1876, après l'accouchement.	»	Kyste de grandeur moyenne. — Utérus à droite en avant de la tumeur, un peu remonté. — Multiloculaire.	Gauche.
76	Id.	1877	42	Mariée. — Pas d'enfants.	»	Utérus suit la tumeur. — Kyste multiloculaire.	Droit.

complètes (suite).

DÉTAIL DES OPÉRATIONS.				
ADHÉRENCES	TRAITEMENT de la base d'implantation.	DRAINAGE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
Kyste du lig. large qui avait dédoublé le mésentère de l'S iliaque.	Enucléation complète. — Pédicule court, réduit.	0	Mort après 76 h.	Sp. Wells avait conseillé l'opération.
Nulles. — Masse aréolaire enfoncée dans le lig. large.	Ligature en masse. — Pédicule de 7 à 8 cent. — Plus bas, 2 ligatures. — Pédicule fixé dans l'angle inférieur de la plaie fixé par des épingles fixées en croix.	»	Mort par péritonite aigue.	»
Intimes avec l'utérus. — Enclavée.	Ligature d'un faisceau veineux important. — On applique sur la tumeur un fil d'écraseur. — Pédicule attiré dans l'incision et maintenu par 4 sutures. — L'utérus n'ayant pu être séparé, est enlevé avec la tumeur.	0	Guérison.	»
Développements sous-séreux dans le mésentère de l'S iliaque. — Adhérence à l'uretère.	Enucléation très pénible. — Section de l'uretère gauche; suture de celui-ci avec la vessie. — Fistule urétéro-abdominale.	0	Guérison.	Opération de la fistule dans la suite. — Guérison complète.
Avec le colon. — Enclavée dans le lig. large et adhérente à l'utérus.	Enucléation des feuillets du lig. large qui sont réunis en un pédicule et fixé dans la plaie par des sutures et des aiguilles à acupressure.	Drainage dans la cavité abdominale.	Hémorrhagie après 19 jours. Guérison.	Tamponnement avec de la ouate styptique qui est retirée 7 j. après.
S'étend jusqu'au plancher pelvien et le long du psoas-iliaque.	Incision circulaire sur le revêtement péritonéal. — Ligature isolée de la trompe. — Feuillets ligamentaires réunis par des sutures jusqu'à l'utérus. — Résection des parties situées au dessus. — Fermeture de l'abdomen.	»	Guérison.	»
Kyste inclus en partie, se développant jusque dans le mésentère de l'S iliaque.	Collapsus subit après rupture du kyste. — On fait l'ovariotomie pendant la nuit. — Opération difficile au milieu du tissu cellulaire du bassin. — On place des ligatures aussi profondément que possible sous la base d'insertion et on enlève le kyste. — Hémorrhagie. — Fermeture du ventre. — Pédicule réduit.	»	Guérison.	»
En partie enclavée. — Adhérences avec la trompe et avec le tissu conjonctif pelvien.	Pédicule formé facilement par des ligatures jetées au dessous de l'insertion. — Réduction dans le ventre.	»	Guérison.	Le 10 ^e jour, douleurs, abcès pelvien ouvert par le rectum.
Epiploïques. — En partie enclavée.	Avec les lambeaux séreux détachés, on forme un pédicule. — 5 ligatures.	»	Guérison.	»

Opérations

TABLEAU IX.

N ^o d'ordre.	OPÉRATEUR — LIEU de publication.	DATE de l'opération.	ÂGE	ANTÉCÉDENTS — DÉBUT de l'affection.	TRAITEMENT ANTÉRIEUR.	NATURE du kyste — DIAGNOSTIC	COTÉ.
77	Olshausen (loc. cit.)	Juin 1877	50	»	»	Proliférant. — Extra-péritonéal.	»
78	id.	Mai 1878	75	»	»	Proliférant. — Sous-séreux.	»
79	id.	Mai 1878	32	»	»	Proliférant. — Entièrement extra-péritonéal.	»
80	Péan, (loc. cit.)	Juillet 1878	52	Réglée à 11 ans régulièrement. — 2 enfants. 2 fausses-couches. — A 22 ans péritonite aigüe puis chronique. — N'est pas réglée depuis 2 ans. Début il y a 12 ans.	1 ^{re} ponction, il y a 10 ans. — 2 ^e ponction en avril 1878. — 3 ^e ponction en Juin 1878.	Tumeur molle, fluctuante, à grosses bosselures. — Liquide visqueux.	»
81	Olshansen, (loc. cit.)	Avril 1879	30	»	»	Uniloculaire. — En partie sous-séreux.	»
82	Terrier, Rev. chir. 1882.	Mai 1879	»	Un enfant.	»	Multiloculaire.	2 ovaires.
83	Olshausen, (loc. cit.)	Octobre 1879	45	»	»	Tumeur composée. — Proliférant et dermoïde sous-séreux.	»
84	id.	Novem. 1879	35	»	»	Proliférant. Entièrement sous-séreux. — (8 kil.) Ponct. explor. — Pérít.	»
85	id.	Janvier 1880	30	»	»	Gros seur d'une pomme et sous-séreux. — Sur le plancher du bassin.	»
86	Terrier, Rev. chir. 1882.	Février 1880	52	Ménopause. — Un enfant.	»	Multiloculaire.	Gauche.
87	Meredith, Lancet V. II. 1880. p. 297.	1880	27	Réglée depuis 4 ans. — Début, il y a 18 mois. — Rupture du kyste, quelques semaines après.	»	Multiloculaire. — Grand nombre de petits kystes.	Droit.
88	Saüger, Arch. F. Gynœk. XVI, p. 258.	1880	19	■	0	Liquide séreux. — 2 tumeurs une de l'ovaire, en même temps extra et intrapéritonéale.	u. h. e.
89	Polaillon.	1880	25	■	■	Multiloculaires, enclavés dans le bassin.	2 ovaires.
90	Olshausen, (loc. cit.)	Mars 1880	19	■	■	Assez gros. — En partie sous-séreux. — Pauciloculaire.	»
91	Péan, Cl. chir. t. III.	1880	36	Bonne sante. — Début il y a 15 mois. Marche rapide.	■	Paraissant très liquide en avant, aréolaire au fond.	2 ovaires.

complètes (suite).

DÉTAIL DES OPÉRATIONS.				
ADHÉRENCES	TRAITEMENT de la base d'implantation.	DRAINAGE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
Nulles.	Striction de la base avec 4 ligatures en masse au catgut.	»	Mort par péritonite et embolie pulmonaire après 8 jours. Guérison.	»
Pariétales, viscérales et mésentériques. Nombreuses.	Opération difficile. — On fait 5 ou 6 ligatures en masse. — Opération laborieuse, saignante et « mal-propre ». — Nombreuses ligatures en masse.	»	Mort de Collapsus, le 2 ^e jour.	Poids : 9 kil. Pas d'autopsie.
Pariétales généralisées, brides épiploïques en spirale à droite. — Section entre ligatures. Anses intestinales adhérent, leur mésentère est dédoublé par le kyste.	Décollement du feuillet antérieur du lig. large qui recouvre le kyste et d'une partie de la vessie. — Enucléation de la partie interne du mésentère. — Ligature jetée sur la masse et fixation du pédicule dans la plaie. — Vessie laissée à nu, sans péritoine dans une partie.	0	Guérison.	En 1879, cette femme a des manifestations cancéreuses sur les parois du ventre. — Petite tumeur au niveau de l'ombilic, une autre à l'angle inférieur de la plaie, se prolongeant à l'intérieur. — Mort en janvier 1880 par cachexie.
Mésentériques et pariétales. — Avec l'uretère et l'appendice iléo-cœcal. Avec l'utérus.	Opération difficile. — Hémorrhagie. — Plusieurs ligatures en masse. — Réduction des pédicules. — Un pédicule au dehors. — De l'autre côté, ligatures perdues. — Durée : 1 h. 1/2.	»	Guérison.	»
Nulles.	Enucléation en partie avec la main. — Ligature en masse sur la base.	»	Guérison.	Lavages au thymol. — Signes d'intoxication.
0	Enucléation. — 5 ligatures en masse.	Drainage, lavages au thymol.	Guérison.	Mort par iléus au bout de 10 mois.
»	Un pédicule. — 2 ligatures.	»	Guérison.	»
Avec l'utérus.	Ligatures perdues dans le lig. larg. — Lister. — Durée : 1 h. 1/4.	»	Guérison. — Bien portante en 1881.	»
Avec l'utérus. — Tumeur sous péritonéale et ayant décollé le péritoine pariétal antérieur.	La paroi du kyste dut être séparée du tissu cellulaire ambiant.	»	Guérison après 20 jours.	»
Avec le rectum et l'utérus.	Ligature du pédicule. — La partie enlevée comprend la trompe, l'ovaire gauche et des feuillets du lig. large.	0	Guérison.	»
Adhérences pelviennes intimes avec l'utérus et le rectum.	La tumeur droite est énucléée facilement, celle de gauche difficilement, surtout à cause des adhérences du rectum. — Hémorrhagie abondante. — Pédicule réduit. — Durée : 1 h. 3/4.	0	Mort le lendemain.	Mort attribuée à la trop grande persistance à décoller les adhérences.
Avec la vessie.	Opération difficile à cause des adhérences avec la vessie. — 2 ligatures en masse.	Drainage. — Thymol.	Guérison.	»
Antérieures, faciles à détacher. — Avec l'épiploon. — Avec la corne gauche de l'utérus et les trompes. — Avec la vessie et le mésentère.	Dissection des adhérences, surtout vésicales. — Striction de la base entre 3 ligatures parallèles. — 6 ligatures perdues. — Pédicule comprenant la trompe et la corne gauche, réduit dans le ventre.	Drainage appliqué le 3 ^e jour.	Mort. — Péritonite aiguë le 6 ^e jour.	»

Opérations

TABLEAU X.

N ^{os} d'ordre.	OPÉRATEUR — LIEU de publication.	DATE de l'opération.	AGE	ANTÉCÉDENTS — DÉBUT de l'affection.	TRAITEMENT ANTÉRIEUR.	NATURE du kyste — DIAGNOSTIC	COTÉ.
92	Péan, Cl. chir., t. III.	1880	63	3 enfants. — Début, il y a 3 ans. — Péritonites partielles. — Bonne santé.		Péritonite actuelle. — Tumeur s'est rompue dans le ventre. Ecoulement d'un liquide brunâtre. — Péritonite enkystée. — Etat suppuré du kyste.	
93	Id.	Avril 1880	34	Réglée à 12 ans. — Mariée depuis 18 ans, 2 enfants. — Début, il y a sept mois. — Péritonite partielle.	Pas de ponction.	Aréolaire en grande partie.	Gauche.
94	Id.	Avril 1880	30	Réglée à 15 ans. — Mariée depuis 8 ans. — Pas d'enfant. — Bonne santé. — Début, il y a deux ans.	0	Surface irrégulière, bosselée. — Partie supérieure formée de loges petites, constitué par une masse végétante.	Gauche.
95	Id.	Mai 1880	55	Opérée une première fois en 1875 d'un kyste aréolaire gauche. — Embonpoint. — Récidive à droite.	Opération en 1875.	Aréolaire.	Droit.
96	Id.	Juillet 1880	32	Bonne santé. 2 enfants. — Début, il y a deux ans.	0	Multiloculaire. — Masse aréolaire au fond.	Gauche.
97	Olshausen (loc. cit.).	Déc. 1880	52		»	Diagnostic douteux après la ponction.	»
98	Id.	Janvier 1881	50	Péritonite ancienne.	»	Kystes sous-séreux.	2 ovaires.
99	Péan (loc. cit.).	Fév. 1881	36	Réglée à 15 ans. — Mariée à 24 ans. — Pas d'enfants. — Règles irrégulières depuis plusieurs mois. — Mauvais estomac.	2 tentatives de ponction sans résultat.	Fond aréolaire.	Droit.
100	Id.	Mars 1881	44	Réglée à 13 ans. — Mariée à 22 ans. — Un enfant de 17 ans. — Menstruation régulière. — Début, il y a un an.	0	Ponction. — 15 litres de liquide purulent.	»
101	Olshausen (loc. cit.).	Mars 1881	57		»	Proliférant sous-séreux.	»
102	Péan (loc. cit.).	Mars 1881	34	Réglée à 12 ans. — Mariée à 20 ans. — 4 enfants. — Douleurs dans le ventre après la dernière grossesse.	0	Liquide très brun. — Mixte. — Implanté dans le lig. large.	»

complètes (suite).

DÉTAIL DES OPÉRATIONS.

ADHÉRENCES	TRAITEMENT de la base d'implantation.	DRAINAGE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
Au péritoine pariétal et à l'épiploon enflammé.	Détachement des adhérences. — Pincés nombreuses. — Incision du lig. large. — Enucléation. — Lambeaux détachés réunis en pédicule et réduits. — 7 ligatures perdues. — Tablette minuscule.	Drainage le 8 ^e j. après ouverture d'un foyer de péritonite enkystée.	Guérison après 18 jours.	Lien du pédicule sort spontanément 6 semaines après.
Pariétales molles. — Au fond adhérences avec le mésentère.	Pédicule volumineux formé par le lig. large relié aux organes voisins par adhérences épaisses, saignante. — Lié en 3 parties, puis réduit. — Durée, 50 minutes.	0	Guérison.	»
Avec le fond utérin seulement, qui est tout à fait recouvert.	Dédoublement du lig. large. — Enucléation entière. — Pédicule formé avec les feuillets décollés.	0	Guérison.	L'utérus était hypertrophié.
Pariétales. — Partie inférieure enclavée. — Avec le mésentère et l'épiploon.	Enucléation. — Formation d'un pédicule lié en 4 portions et réduit. — Enlèvement d'un corps fibreux utérin après ligature.	0	Guérison.	Incision faite à gauche de la 1 ^{re} et à travers un sac herniaire qui est réséqué.
Pariétales généralisées. — Nulles avec l'intestin. — Fortes avec l'utérus. Enclavement dans le lig. large et la cloison recto-vaginale.	Enucléation. — On saisit les lambeaux décollés dans une ligature. On forme un pédicule qui est réduit. — Durée, 1 heure 1/2.	0	Guérison.	A chaque période menstruelle, la tumeur augmentait de volume. — Un an après on constate une tumeur fibreuse de l'utérus.
Entièrement sous-séreuse.	Enucléation. — Ligature de la poche péritonéale en 3 parties.		Guérison.	Thymol.
Rapports intimes avec les vaisseaux et les nerfs. — Adhérences intimes.	Opération difficile et « malpropre ». — Enucléation.	Drainage thym.	Guérison lente. — Fistule.	Récidive dans l'ovaire droit, mort au bout de onze mois.
Enclavée entièrement.	Incision du lig. large et énucléation. — Pédicule lié et formé par les parties séreuses décollées. Durée : 2 h. 1/2.	0	Guérison. — Succombe quelque temps après à une affection de l'intestin.	Séreuse très faible, ont du lier deux fois ce pédicule. — Symptômes d'obstruction intestinale le 3 ^e jour. — Lavages de l'estomac.
Nulles. — Enclavé entièrement.	Incision circulaire de la séreuse. — Enucléation. — On lie les lambeaux en 4 portions, puis en une masse au-dessus. — Pédicule dans la plaie abd.	0	Guérison.	»
Nulles.	Opération difficile, « malpropre ». — Hémorrhagie forte. — Enucléation. — Beaucoup de ligatures.	2 drains.	Mort de choc au bout de 15 heures.	»
Pariétales et viscérales très fortes, saignantes, épiploïques.	Section circulaire de la coque séreuse. — Enucléation. — Formation du pédicule, lié en 4 parties, réduites dans le ventre.	0	Mort par péritonite partielle.	L'épiploon n'avait pas été assez bien ligaturé.

Opérations

TABLEAU XI.

N ^o d'ordre.	OPÉRATEUR — LIEU de publication.	DATE de l'opération.	AGE	ANTÉCÉDENTS — DÉBUT de l'affection.	TRAITEMENT ANTÉRIEUR.	NATURE du kyste — DIAGNOSTIC	COTÉ.
103	Péan, (loc. cit.)	Juin 1881	45	Mariée à 16 ans. — 3 enfants. — Méthrorragies fréquentes. — Début, il y a 18 mois. — Etat général mauvais. — Poussées inflammatoires. — Anémie, fièvre.	0	Tumeur asymétrique. — Fluctante par places, plus développée à gauche. La dureté, l'élévation du col utérin fixe et serré à droite, avaient fait croire à une tumeur fibro-cystique de l'utérus. — Pûrulence.	»
104	id.	Juin 1881	30	Réglée à 16 ans. — Mariée à 24 ans. — 2 enfants. — 1 fausse-couche. — Péritonite.	Ponction, il y a 3 semaines.	Ponction. — 25 litres de liquide roussâtre. — Aréolaire.	»
105	Terrier, Rev. chir. 1834, p. 28.	Novem. 1881	60	2 enfants.	»	Multiloculaires.	Gauche.
106	id.			2 enfants.	»	Multiloculaires; kyste double des lig. larges.	
		Janvier 1882	43				2 ovaires.
107	id.	Mai 1882	33	»	»	Multiloculaire.	2 ovaires.
108	Olshausen, (loc. cit.)	Janvier 1882	37	»	»	Kyste proliférant.	2 ovaires.
109	W. Tauffer, Wien. med. Woch. Janvier 1885. N ^o 3.	Mai 1882	35	Femme mariée.	»	Extrapéritinéal en partie gros.	Gauche.
110	Olshausen, (loc. cit.)	Juillet 1882	42	»	»	Deux kystes de la grosseur du poing avec myome intersticiel de l'utérus.	2 ovaires.
111	Laroyenne, de Lyon. Arch. de Tocologie 1862, p. 617.	1882	26	Réglée à 16 ans, toujours normalement. — Accouchement normal, il y a 4 ans. — Depuis ce moment, douleurs dans le côté droit. — Rectocèle accentuée.	»	Volumineux. — Fluctuation nette. — Sensation de crépitement à la pression. — Utérus remonté. — Liquide brun, jaunâtre, albumineux.	»
112	W. Tauffer.	Mars 1883	32	Non mariée.	»	Kystone, proliférant rapidement développé.	»
113	Olshausen. (loc. cit.)	Avril 1883	37	»	»	Kyste papillaire double pédiculé à gauche, sous-séreux à droite.	2 ovaires.
114	id.	Avril 1883	35	»	»	Pauciloculaire, grosseur d'une tête d'enfant.	»
115	id.	Mai 1883	34	»	»	Kyste papillaire double. — Sous-séreux. Carcinome? Tumeur secondaire sur l'utérus.	2 ovaires.
116	id.	Juillet 1883	24	»	»	Proliférant.	Droit.

complètes suite.)

DÉTAIL DES OPÉRATIONS.

ADHÉRENCES	TRAITEMENT de la base d'implantation.	DRAINAGE.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.
Pariétales, généralisées. Parois Kystiques enflammées et faibles.	Opération pénible. — Décollement lent des feuillets ligamentaires, avec lesquels on fait un pédicule que l'on réduit.	»	Mort le 5 ^e jour, par épuisement.	
Enclavement partiel.	Enucléation par décollement circulaire. — Pédicule artificiel lié en 2 parties. — Réduit. — Toilette attentive. — Durée : 45 minutes.	»	Guérison.	»
Adhérences pelviennes.	Formation de 2 pédicules liés et réduits. — Lister. — Opération 50 minutes. — Enucléation-section de quelques adhérences entre des ligatures. — Pédicule gauche réduit. — Pédicule droit laissé au dehors. — Lister. — Enucléation, difficile au niveau de l'utérus. — Opération : 1 h. 20 m.	»	Guérison rapide va bien en 1882.	»
»	2 ^e ovaire kystique enlevé. — Pédicules liés et réduits. — Lister. — Durée de l'opération : 1 h. 15 m.	»	Guérison. Va bien en 1883.	»
Grosse tumeur entièrement sous-séreuse.	Ovariectomie double. — Extirpation longue, difficile, « malpropre ». — 3 ligatures élastiques sur le pédicule et le lig. larg.	»	Guérison.	»
Mésentère de l'S iliaque dédoublé.	Après incision du revêtement péritonéal l'enucléation est facile.	»	Guérison.	»
Au cœcum.	Extirpation des 2 tumeurs. — 3 ligatures élastiques. — Toilette minutieuse.	2 drains	Mort le 13 ^e jour par péritonite purulente,	»
Entre l'utérus et les annexes.	Opération de Porro. — Fil métallique du ligateur Cintrat placé au niveau de la partie moyenne du col. — Pédicule fixé à l'angle inférieur de la plaie.	»	Guérison après 20 jours.	»
Pelviennes et avec l'utérus. — Entièrement sous-séreuse.	Enucléation facile.	»	Guérison.	»
»	Pédicule gauche lié au catgut. — Enucléation à droite.	»	Guérison.	»
Enclavement complet.	Enucléation. — 3 ligatures en masse sur le sac. — Pédicule artificiel lié au catgut.	»	Guérison.	»
Pelviennes.	Extirpation des 2 tumeurs. — A droite, 2 ligatures sur le sac. — A gauche, formation d'un pédicule avec un fil élastique. — Résection du fond de l'utérus.	»	Guérison après une longue fièvre.	»
Nulles, — En partie sous-séreux.	Une grande partie de la tumeur est enlevée. — Ligature élastique. — Le lig. large ouvert est suturé avec 8 fils de catgut.	»	Guérison.	»

Opérations

TABLEAU XII.

N ^{os} d'ordre.	OPÉRATEUR — LIEU de publication.	DATE de l'opération.	AGE	ANTÉCÉDENTS — DÉBUT de l'affection.	TRAITEMENT ANTÉRIEUR.	NATURE du kyste — DIAGNOSTIC	COTÉ.
117	W. Tauffer (loc. cit.).	Dec. 1883	38	Veuve. — Anémie. — Faiblesse.	»	Proliférant. — Revête- ment charnu venant du bord gauche de l'utérus.	Gauche.
118	Magnien (St-Etien- ne). Arch. toco- logie 1883.	1883	47	Bien réglée depuis l'âge de 14 ans jusqu'en 1882. — Début de la tumeur en 1884.	14 ponctions suc- cessives.	Multiloculaire. — Péri- toine épaissi, inflam- mé chroniquement.	»
119	Terrillon, Soc. chir. 17 juin 1883.	Juin 1883	39	Trois enfants, dont le dernier a 8 ans. — Début, il y a un an.	»	Tumeur volumineuse fluctuante. — Utérus peu mobile. — Multi- loculaire. — Liquide visqueux.	Gauche.
120	Terrier, Rev. chir., 1884, p. 21.	»	52	Réglée irrégulièrement depuis 2 ans. — Etat général mauvais — Ascite inflammatoire. — Fièvre.	2 ponctions.	Abdomen volumineux.	Droit.
121	Id.	»	46	Troubles menstruels. — Etat général médio- cre.	»	Inclus dans le ligament droit.	Droit.
122	W. Tauffer (loc. cit.).	Mai 1884	40	Mariée.	»	Kyste dermoïde à droite. Kyste inclus à gauche.	Gauche.
123	Gross (de Nancy).	Févr. 1885	47	Santé antérieure bonne. — Règles régulières. — Mariée. — Un en- fant. — Une fausse couche. — Début, il y a 8 mois. — Douleurs lombaires. — Œdème des jambes. — Miction fréquente.	0	Kyste ovarique multilo- culaire. — Utérus re- monté. — Col élevé. — Liquide un peu vis- queux.	Gauche.

complètes (suite).

DÉTAIL DES OPÉRATIONS.				
ADHÉRENCES	TRAITEMENT de la base d'implantation,	DRAINAGE.	RÉSULTATS	OBSERVATIONS.
Développé entre les feuillets du mésentère de l'S iliaque et du lig. large.	Opération difficile. — Hémorragie considérable. — Durée, 1 h. 15. — Collapsus. — Transfusion alcaline.	»	Mort le 2 ^e jour.	A l'autopsie, on trouve 5 décilitres de sang dans le péritoine.
Nullles avec les parois. — Pas de pédicule.	La base est perforée avec le trocart courbe de Chassaignac et le pédicule est formé par des ligatures successives. — Traction énergiques pour former un pédicule.	»	Mort après 6 jours.	Vaste perte de substance du péritoine — Le fil du pédicule n'a pas tenu.
En partie enclavée. — Trompe étalée à la surface.	Section de la trompe entre deux ligatures. — Décortication. — Pédicule constitué par les vaisseaux utéro-ovariens lié avec du fil de soie. — Suture des feuillets ligamentaires entre eux.	»	Guérison rapide.	Erysipèle au 2 ^e jour partant de l'angle inférieur de la plaie. — Durée de quelques jours.
Pariétales épiploïques au cœcum et au colon.	Extirpation complète. — 2 ligatures en chaîne sur l'angle utérin droit. — 3 ligatures sur le lig. large.	»	Mort le 3 ^e jour.	Péritonite aiguë avec métérisme. Ponction au niveau de l'estomac.
Dans le cul-de-sac recto-utérin.	2 pédicules après ablation complète ; un utérin, l'autre utéro-ovarien.	»	Mort après 63 heures.	Péritonite aiguë
Très intimes. — Exsudation autour du lig. large gauche.	Opération très difficile.	»	Guérison après 20 jours.	»
Adhérences pelviennes. — Inclusion incomplète. — Trompe placée en sautoir sur la face antérieure du kyste.	Enucléation à l'aide des doigts. — Ligature des lambeaux du lig. large en 3 faisceaux. — Réduction du pédicule. — 7 ligatures au catgut sur les vaisseaux qui donnent du sang.	0	Guérison après 20 jours.	Petit abcès de l'ombilic apparaissant après quelques jours de fièvre. — Ouverture spontanée. — Guérison sans autre accident.

BIBLIOGRAPHIE

- ABEILLE. — *Traité des hydropisies et kystes*. 1852.
AHLFELD. — *Centralb. f. Gynæk.* 1878, n° 16.
TH. ANGER. — *Soc anat.* 1874.
» — *Progrès med.* 1874.
D'ANTIN. — *Thèse*. Paris. 1882.
ATLEE. — *Gener. et diff. diagnosis of ovarian tumors*. Philad. 1873.
ARNING. — *Allgemeine med. Zeitung*. Oct. 1876.
BAKER BROWN. — *On ovarian dropsy*. London. 1862.
BANTOCK. — *Transact. of the obstetr. Soc. of London*. 1874, p. 105.
BARTH. — *Drainage pour kystes de l'ovaire*. Bull. acad. de méd. 1856.
BAUCHET. — *Mém. de l'ac. de médecine*. T. XXIII.
BEIGEL. — *Kranckh. der weibl. Geschlecht*. T. I, p. 327.
» — *Path. anat. der weibl. Unfrucht.* 1878.
BERTRAND. — *Arch. de med.* T. X, obs. 10.
BLECWENN. — *Inaug. diss. Goett Hingen*. 1878.
BIRD. — *Med. Times and Gaz.* 1851, p. 60.
BÖCKER. — *Thèse de Berlin*. 1868.
BOINET. — *Traité pratique des maladies des ovaires*.
» — *Iodothérapie*.
» — *Dict. encyclopédique. art. ovaires*.
BOZEMAN. — *The med. record*. New-York. Janvier 1880.
BREISKY. — *Prager medicin. Wochens.* Juillet, 1879.
BRIGHT. — *Guy's hosp. Reports*. T. VI.
CASTANEDA Y TRIANA. — *Kystes parovariques*. — Th. Paris. 1882.
CAZEAUX. — *Thèse d'agreg.* 1844.

- CAZIN. — *Acad. de méd.* 15 juin 1880.
- CHARCOT. — *Mém. de la Soc. de biologie*, 1852. T. IV.
- CLAY. — *The Lancet*. 1879. T. II. p. 416.
- CLIFTON WING. — *Amer. Gyn. Soc.* 1877.
- P, COUSIN. — *Développement des kystes de l'ovaire. Th. Paris*, 1877.
- DAVAINE. — *Traité des antozoaires*.
- DEVALZ. — *Veines des ligaments larges*. Paris. 1858.
- DOHRN. — *Deutsche med. Wochens.* 1879, n° 40.
- LE DOUBLE. — *Ann. de Gynéc.* Février 1878.
- DOUMAIRON. — *Thèse Strasbourg*. 1868.
- DUNCAN (MATHEWS). — *Clin. lect. of diseases of women*. 1879, p. 190.
- DUPLAY. — *Kystes des lig. larges*. — *Arch. med.* 1882.
- » — *Indications et contre-ind. de l'ovariotomie. Arch. med.* 1879.
- » — *Progrès med.* Janvier, 1879 et t. II, p. 305.
- ENGLEMANN. — *Amer. J. of med. sc.* 1882.
- FISCHEL. — *Arch. f. Gyn.* T. XV, p. 198.
- FOLLIN. — *Thèse de Paris*. 1850.
- FÖRSTER. — *Handbuch der path. Anat.* p. 375.
- FREUND. — *Berlin. Klin. Wochens.* 1878, p. 140.
- » — *Ueber Echinococcus in Weibl. Becken. Centralb f. Gyn.* 1879.
- GAILLARD THOMAS. — *Maladies des femmes. Trad. Lutaud*. 1879.
- GAIRDNER. — *Britisch med. Journ.* 1876. T. I., p. 261.
- GALABIN. — *Obstetr. Transact. of London*. 1870. T. XXI, p. 282.
- GALENZOWSKI. — *Journal des progrès*. T. XXVIII, p. 222.
- GALLARD. — *Maladies des femmes*. 1879.
- GAYET. — *Lyon méd.* 1848.
- GOSSELIN. — *Arch. med.* 1874.
- GROGNAT. — *Rupture des kystes de l'ovaire dans le vagin. th. Paris*, 1878.
- GROS-FILLAY. — *Thèse de Paris*, 1874.
- GUSSEROW. — *Arch. f. Gyn.* T. X et t. IX., p. 418.
- HEGAR ET KALTENBACH. — *Gynec. opératoire, trad. Bar.* p. 172.
- HEGAR. — *Extirp. d. ut. und der Eierst. Wien med. Presse*, 1877, n° 14.
- » — *Sammlung Klin. Vorträge*. N° 105, p. 783.
- HERRERA VEGAS. — *Et. sur les kystes de l'ovaire. Th. Paris*, 1864.
- HOLMES. — *Princ. and pract surg.* 1878, p. 862.
- HOWITZ. — *Hosp. Tidende-In Hayem*, 1873. T. II, p. 223.
- HUGUIER. — *Mém. de la Soc. de chir.* T. I. 1844.
- IZENARD. — *Progrès méd.* 1876, p. 134.
- KALTENBACH. — *Zeitschr. f. Gebh. u. Frauenk.* T. I, 1876, p. 537.
- » — *Arch. f. Gyn.* T. XV. H. 3.

- KEHRER. — *Centrale f, Gyn.* 1882.
KEITH. — *The Lancet.* 1876. V. I, p. 562.
KOCHER. — *Corresp. blatt. f. Schweiz. Aerzte.* Février, 1879.
KOEBERLÉ. — *Dict de méd. et de chir. pratiques.* 1878. Art. ovaires.
» — *Gaz. med. de Strasbourg.* 1873, n° 14. 1876, n° 4. 1877. n° 3.
» — *Mém. de l'ac. de méd.* 1863, p. 329.
» — *Gaz. de Strasbourg.* Juin et Juillet 1885,
LAWSON TAIT. — *Med. Times and Gaz.* — 5 novembre 1881, p. 546.
» — *the Lancet.* Février 1880.
LEBEC. — *Arch. gén. de med.* 1882, p. 663.
LEROY. — *Thèse de Paris.* 1881.
LESAVRE. — *Thèse de Paris.* 1879, n° 85.
LIEVEN. — *Journal de med. de S. Pétersbourg.* 1873. T. IV, in Hayem, 1874.
LIZARS. — *Arch. med.* 1835. T. VIII, p. 347.
LUISY — *Bull. de la Soc. clinique de Paris.* 1881. T. V, p. 157.
MALASSEZ — *Bull. de la Soc. anat.* 1874.
MALASSEZ ET LE SINÉTY. — *Arch. de physiologie.* 1881. p. 225.
MARTIN. — *Berlin. Klini. Wochens.* 1884, n° 24.
» — — 1874. p. 494.
MEADOWS — *Transact. of the obstetr. Soc. of London.* 1873. T. XIV, p. 39.
MÉHU. — *Arch. gen. de med.* Septembre, 1881.
MEISSNER. — *Frauenkrankh.* Bd. II.
MEDERITH. — *The Lancet.* 1880. T. II, p. 297.
MIGNON — *Thèse Paris*, 1878, n° 142.
MINER. — *Transact. of the internat. congr. of Philad.* 1876, p. 801.
» — *Americ. Journ. of obstetric.* 1878.
MONRO. — *Bull. de la Soc. med. d'Edimbourg.* Paris. 1840.
MULLER. — *Correspond. Blatt. f. Schweiz.* 1 et 15 février 1880.
MUNDÉ. — *Americ. Journ. of obstetric.* 1878.
MUSSEY. — *Gaz med.* 1858, p. 393.
NELATON. — *Pathologie externe.*
NÉPVEU. — *Ann. de Gynéc.* Juillet, 1875.
NÆGGERATH. — *Amer. Journ. of obstetric.* 1879, p. 345.
NÆTHIG. — *Blumenbach's Bibl.* Bd. III.
OLSHAUSEN — *Krankh. ovarien*, p. 289.
» — *Volkman Klin. Vorträge*, n° 111.
» — *Handbuch der chir. Pitha et Billroth.* T. IV. H. 6.
» — *Berlin. Klini. Wochens.* 1876, n° 11.
» — *Beiträge z. Gyn. u. Gebh.* 1884.
OVION. — *Thèse de Paris.* 1880.

- PAALZOW. — *Berlin. Klin. Wochens.* 1874, p. 494.
PALMER. — *Transact. of the obstet Soc. of Cincinnati.* Avril, 1878.
PANAS. — *Arch. de Tocologie.* Avril, 1875.
PÉAN — *Clin. chir.* T. I, II, III.
» — *Union méd.* 1869. T. VIII, p. 874.
» — *Gaz. des hôpitaux*, n° 139. 1871.
PINGAUD. — *Thèse de Strasbourg*, 1863, n° 658.
POLAILLON. — *Soc. de chir.* 1883.
POZZI. — *Gaz. méd.* 1879. p. 164.
PUECH. — *Anomalies de l'ovaire*, 1873.
PUISTIENNE. — *Thèse Paris.* 1867.
QUÉNU. — *Thèse de Paris*, 1801.
RÉCAMIER. — *Revue de méd.* Janvier, 1839.
RICHEL. — *Anat. chirurgiale.*
ROBERTS. — *The Lancet*, 1873. T. I, p. 593.
ROHRIG. — *Deutsch. Archiv. f. Klin. med.* V. 17, p. 340.
ROUGET. — *Arch. de physiologie*, 1858.
SCANZONI. — *Traité des mal. des femmes*, trad. française. Paris. 1378.
SCHATZ. — *Arch. f. Gyn.* T. IX, p. 126.
SCHRÖDER. — *Zeitsch. f. Gebh. u. Gyn.* T. III, p. 365.
» — *Berlin. Klin. Wochens.* N° 15, p. 206. 1876.
SCHULTZE. — *Traité des déviations utérines.*
» — *Centralb. f. Gyn.* 1879, n° 6.
SEMELEDER. — *Transact. of intern. Congr.* p. 859.
SIMON. — *Archiv. f. Klin. chir.* T. XV.
DE SINÉTY. — *Mém. de la Soc. de biologie.* 1875.
» — *Traité des maladies des femmes.*
SLAVIANZSKI. — *Bull. de la Soc. anat.* 1873.
SPENCER WELS. — *Tumeurs de l'ovaire. trad. Rodet.* 1883.
» — *Med. Times and Gaz.* Juin 1878 .p. 642.
» — *Transact. med. chir.* T. XLVIII.
SPIELGELBERG. — *Arch. f. Gyn.* T. I, p. 482 et t. XIV, p. 175,
STAHL. — *Centralb. f. Gyn.* 1876, n° 8.
SUTTON. — *Philad. med. and surg. Reports.* Oct. 1876.
TERRIER. — *Revue de chir.* Août, 1881. Mai, 1883. Janvier 1884 et 1885.
» — *Union méd.* n° 159, 1883, n° 43, 1844.
THORNTON. — *The Lancet*, 1880. T. II, p. 297.
» — *Med Times and Gaz.* Mai, 1876.
TILLAX. — *Anat. topographique.*
TIXIER. — *Thèse de Strasbourg*, 1869.
TERRILLON. — *Progrès méd.* 1883, n° 36.
» — *Bull. de la Soc. de chir.* 27 juin 1883.

- TERRILLON. — *Revue de chir.*, 1834, p. 111.
TURNER. — *Edimb. med and surg. Journal.* 1861.
URDY. — *Thèse de Paris*, 1874.
VELPEAU. — *Dict. en 30 vol. Art. kystes de l'ovaire.*
WERTH. — *Arch. f. Gyn.* Bd. XV, 1880.
WILLIAMSON. — *The med. record.* Janvier, 1880.
WORMS. — *Gaz. hebd. de méd.* 1860.
WINCKEL. — *Path. der Weibl. sex.-organes.*
WINKLER. — *Arch. f. Gyn.* T. X, p. 370.
ZIEMBECKI. — *Thèse Paris*, 1876.
-

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION ET PLAN.	1
APERÇU HISTORIQUE.	7
ANATOMIE.	12
PATHOGÉNIE.	28
1° Causes anatomiques.	30
2° Causes pathologiques.	41
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	51
SYMPTOMES.	68
DIAGNOSTIC.	74
PRONOSTIC.	93
TRAITEMENT.	95
1° Ponction.	96
2° Opérations complètes (Ovariectomie).	105
3° Opérations incomplètes.	127
CONCLUSIONS.	131
TABLEAUX D'OBSERVATIONS	133
BIBLIOGRAPHIE.	158

Imprimerie Fringnel et Guyot, 3, rue du Cheval-Blanc, Nancy.
